

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

Escuela de Post Grado

Facultad de Medicina

Unidad de Post Grado



**ACCESO DE LAS POBLACIONES EXCLUIDAS AL SERVICIO
INTEGRAL DEL MINISTERIO DE SALUD OFRECIDOS POR LOS
ELITES Y LA OFERTA FIJA DE LAS DIRESA HUANCAMELICA Y
SAN MARTIN –
FACTORES QUE INFLUYEN EN SU USO
I SEMESTRE 2002**

TESIS

**Para optar el Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Presentado por:

MARITZA TELLO ACHO

LIMA - PERU

2006

**ACCESO DE LAS POBLACIONES EXCLUIDAS AL SERVICIO
INTEGRAL DEL MINISTERIO DE SALUD OFRECIDOS POR LOS
ELITES Y LA OFERTA FIJA DE LAS DIRESA HUANCVELICA Y
SAN MARTIN –
FACTORES QUE INFLUYEN EN SU USO
I SEMESTRE 2002**

A ti mami, que me inculcaste el sentido
de superación y servicio en la vida

Agradecimiento a la Mg. Eva Miranda R. por la dedicación y asistencia técnica en la elaboración del presente trabajo.

A la gestión del PAAG y las Direcciones de Salud de Huancavelica y San Martín, por brindarme las facilidades para la obtención de la información.

A los usuarios de los servicios, por haber compartido su valiosa opinión.

INDICE

	Pág.
Introducción	
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes y justificación	17
1.2 Planteamiento del problema	22
1.3 Hipótesis	24
1.4 Objetivos	25
 CAPITULO II: METODOLOGIA	
2.1 Diseño y descripción del estudio	26
2.2 Justificación de la selección del diseño de estudio	27
2.3 Aspectos generales	28
2.4 Criterios de inclusión	29
2.5 Criterios de exclusión	30
2.6 Tamaño de la muestra	31
2.7 Definiciones específicas de exposición y resultados	34
2.8 Técnicas de recolección	36
2.9 Prueba piloto	38
2.10 Técnicas de procesamiento	38
2.11 Limitación	39
 CAPITULO III: MARCO TEORICO	
3.1 Acceso a los servicios de salud en el país	40
3.2 Generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones	42
3.3 La atención integral de salud para poblaciones dispersas	48
3.4 Demanda de servicios de salud	56
3.5 Satisfacción de usuario y percepción de la demanda	58

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1	Indicadores de estructura	64
4.2	Indicadores de proceso	81
4.3	Indicadores epidemiológicos	85
4.4	Factores que favorecen el acceso a la oferta fija y la oferta móvil	93

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
---------------------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	118
-----------------------------------	-----

ANEXOS	122
---------------	-----

INDICE DE GRAFICOS

Nro.		Pág.
1	Comparativo de las atenciones obtenidas por los establecimientos de salud y los ELITES DIRESA San Martín – I semestre 2002.	64
2	Comparativo de las atenciones obtenidas por los establecimientos de salud y los ELITES DIRESA Huancavelica – I semestre 2002.	65
3	Tipo de recurso humano por establecimiento de salud DIRESA San Martín – I semestre 2002.	75
4	Tipo de recurso humano por establecimiento de salud DIRESA Huancavelica – I semestre 2002.	77
5	Posición familiar del entrevistado DIRESA San Martín I semestre 2002.	95
6	Posición familiar del entrevistado DIRESA Huancavelica I semestre 2002.	96
7	San Martín – Huancavelica: lugar de atención de la gestante I semestre 2002.	99
8	San Martín – Huancavelica: niño menor de 5 años que recibió vacuna.	99
9	San Martín – Huancavelica: recibió explicación sobre los beneficios de la vacuna.	100
10	San Martín – Huancavelica: crecimiento y desarrollo en menor de 5 años.	101
11	San Martín – Huancavelica: reconoce la importancia del crecimiento y desarrollo.	101
12	DIRESA San Martín: considera necesario el cuidado de salud I semestre 2002.	102
13	DIRESA Huancavelica: considera necesario el cuidado de salud I semestre 2002.	103
14	San Martín – Huancavelica: motivos para cuidar la salud.	105
15	San Martín – Huancavelica: que hacen cuando están enfermos.	106

Nro.		Pág.
16	San Martín – Huancavelica: sugerencias para mejorar la atención del establecimiento de salud.	108
17	San Martín – Huancavelica: sabe si los ELITES llegan a su comunidad.	108
18	San Martín – Huancavelica: ha sido atendido por los ELITES.	109
19	San Martín – Huancavelica: por qué se hizo atender los ELITES.	110
20	San Martín – Huancavelica: sugerencias para mejorar la atención de los ELITES.	110

INDICE DE TABLAS

Nro.		Pág.
1	DIRESA San Martín y Huancavelica: Población asignada a los establecimientos de salud seleccionados. Año 2002.	32
2	Total de población a entrevistar por Dirección de salud y ELITES. Año 2002.	33
3	Total de población a entrevistar por Dirección de salud y establecimientos de salud Año 2002.	34
4	Consolidado promedio de atenciones DIRESA San Martín I semestre 2002.	67
5	Consolidado promedio de atenciones DIRESA Huancavelica I semestre 2002.	67
6	Población atendida según modalidad de intervención San Martín y Huancavelica – I semestre 2002.	69
7	San Martín – Huancavelica: Información geográfica de acceso de la población a los establecimientos de salud I semestre 2002.	71
8	San Martín – Huancavelica: Información geográfica de acceso de los ELITES a la población I semestre 2002.	72
9	Servicios que ofrecen los establecimientos de salud y ELITES DIRESA San Martín y Huancavelica 2002.	78
10	Resultados de proceso DIRESA San Martín y Huancavelica I semestre 2002.	82
11	Consolidado de las diez primeras causas de morbilidad morbilidad según los establecimientos de salud DIRESA Huancavelica – I semestre 2002.	86
12	Consolidado de las diez primeras causas de morbilidad según los ELITES DIRESA Huancavelica – I semestre 2002.	87
13	Consolidado de las diez primeras causas de morbilidad según los establecimientos de salud DIRESA San Martín – I semestre 2002.	88

Nro.		Pág.
14	Consolidado de las diez primeras causas de morbilidad según los ELITES DIRESA San Martín – I semestre 2002.	88
15	San Martín – Huancavelica: cargo de las personas personas entrevistadas I semestre 2002.	94
16	San Martín – Huancavelica: lugar de residencia de los entrevistados I semestre 2002.	96
17	San Martín – Huancavelica: grado de instrucción de la población entrevistada I semestre 2002.	97
18	San Martín – Huancavelica: rango de edades de los pobladores entrevistados I semestre 2002.	98

RESUMEN

La investigación titulada ACCESO DE LAS POBLACIONES EXCLUIDAS AL SERVICIO INTEGRAL DEL MINISTERIO DE SALUD OFRECIDOS POR LOS ELITES Y LA OFERTA FIJA DE LAS DIRESAS HUANCVELICA Y SAN MARTIN. FACTORES QUE INFLUYEN EN SU USO, se realizó durante el I semestre 2002.

El tema investigado ha permitido comparar y analizar las diferencias y similitudes del acceso de las poblaciones excluidas y dispersas a la atención de salud mediante la oferta fija conformada por los establecimientos de salud y por la oferta móvil que está a cargo de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural de Salud – ELITES; asimismo se identificó algunos factores que influyen en el uso de ambos servicios.

La investigación se desarrolló en las Direcciones de Salud de Huancavelica y San Martín en los distritos con comunidades excluidas y dispersas.

El estudio es descriptivo, comparativo y transversal, teniendo dos unidades de análisis, la referida a la oferta de establecimientos de salud y de los ELITES, y la otra la población beneficiaria de ambas modalidades, para lo cual se definieron indicadores de estructura, proceso y epidemiológicos para los aspectos cuantitativos. Para la variable cualitativa se recurrió a la elaboración de un instrumento que permita obtener la opinión de los usuarios.

Entre los resultados más relevantes se encontró que hay mayor registro de atenciones en los ELITES debido a la metodología de trabajo; los resultados de extensión e intensidad de uso obtenido en las zonas excluidas y dispersas están por debajo del estándar considerado por el Ministerio de Salud, pero son considerados adecuados por las características de dispersión y lejanía de los ámbitos priorizados.

Finalmente, los resultados de la encuesta demuestran que la población acude a los ELITES porque no cuenta con dinero para la atención y tanto los usuarios de la oferta fija (establecimientos de salud) y la móvil han aprendido a identificar a los equipos itinerantes.

INTRODUCCION

Durante los años 1985 a 1990 el Ministerio de Salud propuso como parte de su rol rector Garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud pública y la atención individual priorizando los sectores más pobres y vulnerables, demandando para ello una respuesta de las diferentes estancias institucionales, especialmente de la red prestadora de servicios para la satisfacción de las necesidades sentidas de la población a nivel nacional.

Como parte de las líneas de acción, el sector salud propuso a partir de 1994 la reactivación de los servicios de salud del I nivel de atención enfatizando las acciones preventivo promocionales, teniendo como prioridad atender a las poblaciones de mayor pobreza y vulnerables.

Sin embargo, la meta de incrementar el acceso y la atención a las poblaciones priorizadas no ha sido cumplida en un 100% por una serie de factores como la falta de recursos económicos de la población, la lejanía de los establecimientos de salud, la inexistencia de servicios básicos de salud en las zonas de residencia de la población rural, o por la gran brecha generada por las diferencias culturales entre el prestador y el beneficiario.

Bajo este contexto surgió la estrategia de atención integral de salud para poblaciones dispersas, como una respuesta concertada y fortalecida de los diferentes estamentos institucionales y muy especialmente de la red prestadora de servicios, encargando en 1998 al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) del Ministerio de Salud (MINSA) la implementación de la estrategia que consiste en el desplazamiento de la oferta a través de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES) hacia la población con características de alta dispersión y considerados excluidos geográfica y económicamente, incrementando el acceso de la población a los servicios de salud y promoviendo una entrega de servicios de salud con equidad y calidad.

La presente investigación, ha tomado en consideración las vivencias y experiencias acumuladas del personal de salud involucrado en el desarrollo de la oferta de servicios de salud, en plena interacción con los funcionarios del nivel regional y central así como los mismos pobladores y beneficiarios, para realizar un análisis del acceso a la oferta de servicios de salud, la que denominaremos Oferta fija y la Oferta móvil, éste último conformado por los equipos itinerantes.

Se ha elegido los departamentos de San Martín y Huancavelica, dos espacios geográficos uno de sierra neta y otra de selva, caracterizados por su alta dispersión y haber demostrado desde los inicios de la estrategia haber adecuado culturalmente el servicio a los patrones y costumbres de la población beneficiaria.

Se espera que los resultados de esta investigación, contribuyan a consolidar la metodología de intervención, mejorar el acceso a la oferta de servicios de salud, incrementar las coberturas y adecuar la entrega del servicio hacia los sectores más pobres del país.

El estudio está dividido en cuatro capítulos; el primero describe el planteamiento del problema, los objetivos y la hipótesis de la investigación. El capítulo segundo está referido a la metodología del estudio que permita sustentar los hallazgos del trabajo, el que se complementa con el capítulo tercero que desarrolla el marco teórico y en el capítulo cuarto se presenta los resultados según las variables priorizadas de estructura, proceso y epidemiológicos.

El aspecto cualitativo es abordado en el capítulo tercero como parte de los resultados relacionados con los factores de uso de la oferta de servicios de salud existente y la oferta móvil, describiendo cuáles son favorecedores y los que obstaculizan el uso a estos servicios; información que fue obtenida a través de las entrevistas a los usuarios.

Finalmente, el estudio plantea algunas conclusiones, las cuales se espera sirvan como línea de base para desarrollar futuras estrategias orientadas al mejoramiento de la oferta de servicios de salud, buscando disminuir la brecha de inequidades.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Los años de crisis generada en nuestro país durante los años 80', produjeron una decadencia que afectó a los sectores público y privado así como los de la seguridad social, produciendo un daño de gran magnitud en los servicios de salud y la población quien sufrió duramente las consecuencias. A esta situación se aunó la inadecuada distribución y utilización de los recursos, generando una situación de pobreza perversa y servicios de salud que requirieron un reforzamiento en su disponibilidad, accesibilidad, cobertura, productividad y sistemas operativos (1).

En términos socio económicos, la pobreza y extrema pobreza que en los años 90 se vio incrementada como consecuencia del modelo económico excluyente, hizo que las malas condiciones de salud sean sufridas con mayor intensidad por la mayoría de la población (2).

A este marco económico y político, se mencionan algunos factores como los geográficos, culturales, sociales, que se asocian al incremento de la brecha de inequidades en lo que a salud se refiere.

Así tenemos que la barrera geográfica está relacionada con la ubicación de centros poblados caracterizados por su alta dispersión, situación agravada por la distancia de los hospitales y establecimientos de salud básicos que dificulta el desplazamiento de los pobladores a estos lugares por la carencia de medios de comunicación y transporte básico. Esta inaccesibilidad se describe en la ENAHO de 1999, que encontró que aproximadamente el 8% de las personas enfermas no pudieron acceder a los servicios de salud por las dificultades de acceso geográfico y las dificultades de comunicación y transporte como factores adicionales que configuran esta barrera geográfica para el acceso a los servicios de salud, sobre todo en zonas rurales (2).

La barrera cultural se refiere a que los pobladores de las comunidades y el personal de salud tienen ideas muy diferentes sobre qué es lo normal y en qué casos se requiere la intervención del personal de salud capacitado.

Un campo que evidencia la mayor confrontación de las diferentes concepciones culturales es el relacionado al embarazo, parto y puerperio, teniendo por ejemplo que en las zonas rurales aproximadamente el 50% de las gestantes acuden al control pre natal en los establecimientos de salud, pero sólo el 21.3% se atiende el parto con personal de dichos establecimientos (3).

Políticamente, la compleja realidad de los 80 y 90, motivó una respuesta política del Estado, con el fin de desarrollar una estrategia social, que proporcionara los servicios básicos de salud, educación y justicia, en aquellas zonas económicamente deprimidas y marginales a nivel nacional.

En lo que respecta a salud, en 1994 se implementó el Programa de Focalización del Gasto Social en Salud orientado a recuperar y mejorar en cantidad y calidad la inversión en áreas sociales consideradas marginadas, con la perspectiva de crear condiciones para el desarrollo integral del país (4). Asimismo, se desarrollaron una serie de acciones con el objetivo de establecer una nueva organización en la prestación de servicios de salud, comenzando por priorizar la extensión y el mejoramiento de los servicios destinados a aquellos sectores más necesitados de la población peruana.

Un año más tarde, en 1995, la estrategia adquirió la denominación de Programa Salud Básica Para Todos (PSBT), para garantizar de esa manera la atención a las necesidades de salud de la población más pobre., habiendo logrado aumentar la oferta con 962 Centros de Salud y 4731 Puestos de Salud en el ámbito nacional; cerca del 100% de éstos

establecimientos ubicados en zonas rurales y urbano marginales con poblaciones en condiciones de pobreza y extrema pobreza (5). Los resultados de estas acciones se evidenciaron con el incremento de coberturas de atención del 16.3% en 1994 al 25% en 1997 y al 29.5% en el 2000. (4).

Sin embargo, a pesar del alcance que tuvo este programa a nivel nacional, las Encuestas Nacionales sobre Niveles de Vida (ENNIV) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) confirmaron la persistencia de un grupo de pobladores que no accedían a un servicio básico de salud.

La ENNIV del año 1996, demostró que más de un 20% de la población carecía de acceso a los servicios de salud, de ésta un 30% de la población refería estar enferma y el 67.6% de este grupo eran pobres. Entre los factores por los cuales no acudieron a una consulta médica se encontró los altos costos para atenderse, la deficiente percepción poblacional de los problemas de salud, problemas de cultura y problemas de cultura sanitaria del país (6).

En 1999 la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) encontró que del total de población enferma, el 15% no recibió atención de salud; en la población en extrema pobreza el 56.7% de los que se enferman no recibieron ningún tipo de atención, mencionando como causas de no haber consultado, la falta de recursos económicos de la población (62.2%), el deseo de no recibir atención (13.8%) y problemas de accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud (9.4%). En el estrato de mayores ingresos, el 62% de los que se sintieron enfermos acudieron a una consulta de salud, mientras que en el grupo más pobre apenas el 25% de los enfermos realizó una consulta; consecuencias de la insuficiente acción del Estado a la discontinuidad de los planes promotores del sector salud, agudizando la situación de inequidad del sistema de atención de salud (7).

Las inequidades en el estado de salud de la población peruana y en su acceso a los servicios de salud, resulta preocupante, siendo importantes las diferencias generadas por los factores económicos y por el lugar de residencia (urbano o rural).

En la medida que el desafío principal que afronta el sector salud es la inequidad, es esencial analizar las diferencias en las condiciones de salud y cobertura de la atención sanitaria. En los ámbitos nacional y regional se ha trazado los perfiles y las características de la inequidad existente en los diferentes grupos de población y áreas geográficas, vistas a determinar las acciones que deben ser adoptadas para reducirlas (8).

El tema de accesibilidad a los servicios de salud, se considera un atributo del sistema sanitario que ofrece la posibilidad a los ciudadanos de recibir los servicios en función de su condición o estado de salud en el momento y lugar donde los necesiten, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Esta condición está estrechamente vinculada con la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que integra aspectos económicos (gratuidad) geográficos (vías de comunicación, red de transporte y la existencia de servicios), legales (derecho a la atención) y culturales (niveles mínimos que hagan posible la adquisición de hábitos saludables) (8).

Los factores socioeconómicos que influyen sobre la decisión de recibir servicios de salud son diversos, pudiendo destacarse el precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los servicios ofrecidos, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y las costumbres de las personas (9).

Los factores relacionados con la oferta de los servicios pueden agruparse en disponibilidad, costo y calidad de los servicios. La primera variable comprende dos aspectos importantes: la presencia de

profesionales y la accesibilidad física y económica. La distancia física ha sido encontrada en varias ocasiones como uno de los principales determinantes en el uso de los servicios de salud en general. El acceso a un medio de transporte, es también considerado un factor importante, además de la distancia geográfica (6).

Finalmente, los aspectos demográficos del año 2000, nos indica que el Perú tiene 25'661,690 millones de habitantes aproximadamente, de los cuales el 72% es básicamente población urbana (3); los grupos de mayor vulnerabilidad de enfermar o morir se ubican en las zonas rurales y deprimidas de los estratos I y II que integran a las provincias más dispersas y menos pobladas, que tienen dificultades de acceder a los servicios de salud o en las que las prestaciones de salud son escasas o irregulares, además de los pobladores de los cordones de pobreza que rodean ciudades de las provincias de los estratos II, IV y V (A y B). (3).

Para revertir esta falencia de exclusión de las poblaciones más pobres del país, el Ministerio de Salud (MINSA) a través del PSBPT, implementó una estrategia de atención mediante la conformación de equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud (ELITES) dirigido a las comunidades con difícil acceso geográfico y con alto grado de dispersión poblacional, los cuales cuidarán la salud del 25% (5'000 000 de pobladores) de la población total que tiene acceso intermitente o ningún acceso a un servicio de salud, por estar ubicadas a más de 6 horas de un establecimiento de salud.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ámbito de intervención de los ELITES son aquellas poblaciones ubicadas en escenarios de costa, sierra y selva con características de ser excluidas de los servicios de salud, altamente dispersos, en pobreza extrema, consideradas comunidades nativas, campesinas y centros poblados rurales.

El desarrollo de esta estrategia ha acercado la atención de salud itinerante en 1.334 centros poblados, 303 comunidades nativas y 1.031 centros poblados, desplazándose a pie, lomo de bestia, surcando ríos y ascendiendo y descendiendo cerros. Para el 2002, se aprobó el financiamiento de 48 ELITES, en 19 Direcciones de Salud¹.

En cuanto a costos, la revisión de la información demuestra que el costo unitario de una consulta médica en los establecimientos de salud difiere, siendo mayor en zonas donde se atiende a población predominantemente rural, dispersa y demandan mayor número de atenciones extramurales, siendo en promedio de US\$10.00. Si comparamos los costos obtenidos por los ELITES, se tiene que el costo por atendido es en promedio de US\$8.44 y las atenciones de US\$3.00, lo cual lo hace eficiente, si consideramos que están implícitos los costos por recurso humano, insumos, medicamentos, bienes y equipamiento y el número de muertes evitadas^a.

Los ELITES constituyen una alternativa del MINSA, que requiere su sostenibilidad, para contribuir con la disminución de la brecha de inequidades existentes en la población peruana y fortalecer la oferta de servicios de salud, sin embargo, a seis años de haber iniciado esta estrategia de intervención sanitaria, surgió la siguiente interrogante:

¹ Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Evaluación anual 2002 de los ELITES.

¿Cuál es el acceso de las poblaciones excluidas a la Oferta móvil conformados por los ELITES y a la oferta fija de establecimientos de salud de las Direcciones regionales de salud (DIRESAS) de Huancavelica y San Martín al concluir el I semestre 2002 y cuáles son los factores que contribuyen al uso de los servicios?.

Al momento del estudio se contó con la evaluación de proceso y resultados de la estrategia y de los establecimientos de salud, así como la opinión de la población que ha sido beneficiada, habiéndose tomado para la presente investigación los resultados correspondientes al I semestre del 2002.

A pesar de contar con información sobre los procesos y resultados de las intervenciones, aún falta explorar algunos aspectos cualitativos que de alguna manera contribuyen o favorecen el uso de los servicios por parte de la población identificada.

Ambos aspectos tanto el cuantitativo como el cualitativo, constituyen los principales aportes del presente estudio, a partir del valor agregado de la estrategia de la oferta móvil, que consiste en desplazar la oferta hacia la demanda para permitir el acceso de la población.

Asimismo, la investigación permitirá adecuar la organización de los ELITES en función a aquellos factores que la población identificará como relevantes para utilizar este servicio y fortalecer la actual oferta de servicios de salud, para garantizar la atención al mayor porcentaje de la población.

Conocer en qué medida lo realizado por el MINSA en términos de mejorar el acceso a los servicios de salud, ser más equitativos en la asignación de recursos, así como identificar los factores que están influyendo en el comportamiento de la población para el uso del servicio son elementos de juicio para futuras decisiones respecto a su implementación en otras Direcciones de Salud y permitirá establecer

estrategias que posibiliten el acceso más equitativo y efectivo de los servicios de salud. El propósito es que los servicios de salud lleguen efectivamente a quienes más lo requieren, es decir, a los más pobres, contribuyendo a disminuir la brecha de inequidades que enfrenta la población.

1.3. HIPOTESIS

Las hipótesis formuladas para el presente estudio han sido enunciadas de la siguiente manera:

- El acceso a la Oferta móvil del MINSA ofrecido por los ELITES en las Diresas Huancavelica y San Martín es mayor con relación al obtenido por la oferta fija de establecimientos de salud al concluir el I semestre 2002.
- El uso de los ELITES está relacionado a los factores económicos y estructurales de la estrategia, a diferencia de los factores que se relacionan con la oferta fija según la percepción del usuario.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar el acceso de la población excluida a los establecimientos de salud y los equipos itinerantes de las Direcciones de Salud de Huancavelica y San Martín obtenidos durante el I semestre del año 2002 e identificar los factores que influyen en su uso.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir y comparar el acceso de la población excluida a los establecimientos de Salud de las Direcciones de salud de Huancavelica y San Martín a partir de los indicadores de estructura, proceso y epidemiológicos obtenidos durante el I semestre 2002.
- Describir y comparar el acceso de la población excluida a los equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud – ELITES a partir de los indicadores de estructura, proceso y epidemiológicos obtenidos durante el I semestre 2002.
- Identificar los factores que favorecen y dificultan el acceso de la población excluida a la oferta de servicios de salud existente.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1. DISEÑO Y DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO

El estudio consideró el análisis cuantitativo y cualitativo. El componente cuantitativo fue analizado desde los resultados obtenidos por los indicadores de estructura, proceso y epidemiológicos. El componente cualitativo fue analizado a través de los resultados obtenidos de la entrevista, que permitió conocer la opinión de los usuarios que hicieron uso de los establecimientos de salud y de los ELITES.

Se obtuvo información al I semestre 2002, tomando en cuenta la extensión de los servicios regulares y la intervención de los ELITES en el ámbito de las Direcciones de Salud Huancavelica y San Martín.

El estudio compara el acceso de la población al servicio de los ELITES y a los establecimientos de salud priorizados, que forman parte de la oferta de servicios de salud. Asimismo, identifica los factores que se relacionan con el uso de ambos servicios, para lo cual se planteó un estudio descriptivo, comparativo y transversal, seleccionándose una experiencia del escenario sierra (Huancavelica) y otra de la selva (San Martín), cuyas características se describen en el acápite correspondiente.

Para la recopilación de la información, se tuvo acceso a fuentes primarias y secundarias, habiéndose considerado para el componente cuantitativo los siguientes documentos:

- Reporte HIS de los ELITES y establecimientos de salud del ámbito del estudio
- Reportes económicos de la Diresas y red de intervención de los ELITES
- Padrones poblacionales de los ELITES

- Censos poblacionales de la Diresas
- Directorio de centros poblados del INEI
- Informes post intervención de los ELITES

La revisión y análisis de la fuente documental permitió relacionarla con los objetivos planteados en la investigación.

Para el componente cualitativo tuvo que recurrirse a la elaboración de un instrumento para obtener la opinión de los usuarios de la oferta fija y los ELITES y de esa manera interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen para acceder o no a la oferta fija y la oferta móvil.

2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA SELECCIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Para el estudio se utilizaron los siguientes métodos:

Descriptivo: porque presenta las principales variables de estudio en su ambiente natural, es decir el comportamiento de las variables identificadas tanto en los establecimientos de salud y los ELITES, basándose fundamentalmente en la revisión y análisis de la fuente documental.

Comparativo: porque se contó con dos grupos de análisis con características similares, uno en el cual se analizó las veces que el usuario accedió a los servicios de salud de la oferta fija con el grupo de beneficiarios de los ELITES. Con ello se explicó y comprobó la hipótesis del estudio. Asimismo, se analizó el comportamiento de la variable dependiente en ambos grupos, identificando las fortalezas y debilidades de la oferta fija y los ELITES.

Transversal: porque las variables se estudiaron a medida que fue ocurriendo el fenómeno, es decir, el acceso obtenido por los ELITES y la oferta fija de establecimientos, así como los factores que influyen en el

uso de ambos servicios al transcurrir la intervención, en un periodo de tiempo que fue el primer semestre del 2002.

Aparte del concepto tradicional sobre el diseño seleccionado se agregó el componente cualitativo para el análisis de las variables consideradas como factores, buscando que los resultados sean objetivables, confiables y válidos. Esto se logró a través de la técnica de entrevista estructurada para recabar la información de la población beneficiaria, cuyos resultados se presentan de manera descriptiva y que constituye la metodología Ad hoc para interpretar las opiniones de la población objetivo.

2.3. ASPECTOS GENERALES

La investigación se realizó en la jurisdicción de las DIRESAS Huancavelica y San Martín, en los distritos donde estuvieron ubicados los ELITES, debido a que son zonas caracterizadas por su dispersión y dificultades geográficas para el acceso. A partir de esta identificación se seleccionaron los establecimientos de salud, cuidando que formen parte de la misma red de servicios de salud.

Estos establecimientos de salud debían estar ubicados en zonas consideradas de mediana dispersión y ubicados en distritos pobres o extremadamente pobres, debido a que son locaciones que tienen poblaciones ubicadas a más de 3 horas del último establecimiento de salud, pudiendo ser centro o puesto de salud.

La implementación de la estrategia de la oferta móvil se inició desde el año 1999 en ambos departamentos, caracterizados por su densidad poblacional, Huancavelica con 19.30 y San Martín 13.51, es decir por cada kilómetro cuadrado se encuentra menos de 20 pobladores. En cuanto a la oferta de establecimientos de salud, están organizados por redes y microrredes de salud, según la capacidad de resolución y nivel de complejidad. Ambos cuentan con un hospital regional y reciben financiamiento de la cooperación externa para atender problemas en el

grupo materno infantil, con la dificultad de no poder coberturar a las poblaciones históricamente excluidas de estos departamentos.

Para el 2002 el departamento de Huancavelica cuenta con 443.213 habitantes y se encuentra en el estrato IV²; San Martín cuenta con 757.740 habitantes y pertenece al estrato III³ (10).

2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para los establecimientos de salud

- Establecimientos de salud ubicados en los distritos considerados de extrema pobreza según INEI.
- Contar con un equipo completo de salud: médico, enfermera, obstetriz, odontólogo, técnico de enfermería.
- Establecimientos de salud ubicados en el ámbito de intervención de los ELITES.

Para los ELITES

- ELITES aprobados para intervenir en el 2002
- Ubicarse en las redes de salud donde la población no haya sido atendida por cualquier prestador de salud.

Para la población

- Poblaciones con las siguientes características:
 - Varones y mujeres mayores de 15 años.
 - Mujeres en edad fértil.
 - Que sepan hablar y sin problemas de sordomudez.
 - Residentes por más de 1 año en los centros poblados donde se adscriben los ELITES.

² Índice absoluto de pobreza 45.1 – 51.7

³ Índice absoluto de pobreza 35.1 – 45.0

- Residentes por más de un año en los centros poblados intervenidos por los establecimientos de salud.

2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para los establecimientos de salud

- Establecimientos de salud ubicados en distritos considerados regulares y aceptables según INEI.
- Establecimientos con reducido número de recursos humanos.
- Ubicados en red de salud donde no están adscritos los ELITES.
- Establecimientos de salud con poblaciones ubicadas a más de 6 horas.

Para los ELITES

- Ámbitos nuevos de intervención.
- ELITES que no estuvieran adscritos a una red de salud.
- ELITES que cuenten con población ubicada a menos de 2 horas de ubicación.

Para la población

- Poblaciones con las siguientes características:
 - Varones y mujeres menores de 15 años.
 - Con problemas de sordomudez.
 - Residentes por menos de 1 año en los centros poblados intervenidos por los ELITES.
 - Residentes por menos de 1 año en el ámbito de los establecimientos de salud seleccionados.

2.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La investigación fue realizada en el periodo correspondiente al I semestre del 2002, con una muestra intencional (no aleatoria), para recabar los datos cuantitativos, buscando que la variable establecimiento de salud y ELITES cumplan con los criterios de inclusión.

Se trabajó con tres establecimientos de salud y los tres ELITES de la DIRESA Huancavelica; para el caso de San Martín se trabajó con los dos establecimientos de salud y los dos ELITES. Todos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio. Se consideró al 100% de los ELITES aprobado para el 2002 y a partir de ello se seleccionaron los establecimientos a los cuales se adscribieron los equipos, que pertenecen a una misma red de salud.

Para la obtención de la muestra de los beneficiarios de los ELITES se hizo uso del directorio de centros poblados del INEI para identificar el total de población ubicado en los distritos priorizados. Esta información se cruzó con los datos del padrón poblacional 2001 de las zonas intervenidas en las DIRESAS Huancavelica y San Martín.

Se consideró además la población asignada para los establecimientos de salud y los ELITES, recurriéndose a las fuentes primarias y secundarias de información, obteniendo datos de la oficina de estadística de las DIRESAS Huancavelica y San Martín, HIS de los establecimientos de salud seleccionados, HIS de los ELITES seleccionados e informes de intervención.

La población asignada 2002 para los establecimientos del estudio se detalla en la tabla 1.

TABLA Nro. 1
DIRESA SAN MARTIN Y HUANCAMELICA: POBLACION
ASIGNADA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SELECCIONADOS
AÑO 2002

DIRESA	MODALIDAD	POBLACION ASIGNADA
San Martín	ELITES	47,747
	EESS	63,205
Huancavelica	ELITES	53,665
	EESS	240,500

2.6.1. Población para la entrevista

La finalidad de considerar a los usuarios de los establecimientos de salud y ELITES seleccionados fue identificar los factores favorecedores y restrictivos para acceder al servicio, a partir de la opinión obtenida.

Para seleccionar el tamaño de la muestra se consideraron los criterios de inclusión y exclusión escogiendo aleatoriamente una fecha para hacer las entrevistas, tomando como periodo los meses de febrero a junio, para que haya un punto de inicio coincidente para la realización de las entrevistas.

La población definida para la muestra se resume en la tabla 2:

a. Para los ELITES

TABLA Nro. 2
TOTAL DE POBLACIÓN A ENTREVISTAR POR DIRECCIÓN DE SALUD Y
ELITES
AÑO 2002

DIRESA	POBLACION A ENTREVISTAR	NRO. ELITES
Huancavelica	30	3
San Martín	20	2

b. Para los establecimientos de salud

En la tabla 3 se detalla la población a entrevistar en los establecimientos de salud seleccionados.

TABLA NRO. 3
TOTAL DE POBLACIÓN A ENTREVISTAR POR DIRECCIÓN DE SALUD Y
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
AÑO 2002

DIRESA	POBLACION A ENTREVISTAR	NOMBRE DE LOS EESS
Huancavelica	10	CS Lircay
	10	CS Acoria
	10	CS Anco
San Martín	10	CS Leoncio Prado
	10	CS Nuevo Lima

2.7 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE EXPOSICIÓN Y RESULTADOS

- **Poblaciones excluidas de los servicios de salud**

Son aquellas poblaciones rurales consideradas como pobres y muy pobres, ubicadas en los centros poblados mayores y menores, comunidades nativas y campesinas, caseríos y localidades distantes entre sí, que se encuentran a más de 06 horas de los servicios de salud o que esporádicamente han recibido la atención por un personal de salud.

- **Densidad poblacional en zonas de alta dispersión poblacional**

Es la relación de la presencia de una familia nuclear por Km², con marcadas diferencias en sus condiciones de vida y con alto riesgo de enfermar y/o morir.

- **Equipo Local Itinerante de Trabajo Extramural en Salud (ELITES)**

Constituye la unidad prestadora de servicios de salud itinerante, encargados de acercar el servicio a las poblaciones dispersas e inaccesibles a los servicios de salud públicos. Algunas características son: el trabajo en equipo, ubicados muy cercanos a las micro áreas

identificadas, desplazamiento cronogramado hacia las localidades y brindar un paquete integral de salud.

- **Servicio de Salud Integral Itinerante**

Prestación de servicios de salud en la que se hace coexistir la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria la rehabilitación en algunos casos, con la característica que esta atención se hace por micro concentraciones instalados en algún local comunal de las poblaciones beneficiarias o casa por casa.

- **Acceso**

Llegada o acercamiento de la población a la oferta de servicios de salud. Establece el grado de dificultad que tiene el usuario para relacionarse con los servicios de salud. El acceso se mide a través de los indicadores económicos, geográficos, culturales y organizativos.

- **Acceso económico**

Está en relación con la capacidad adquisitiva de la población y la disponibilidad de pago de los usuarios por los servicios prestados, tarifa por consulta y compra de medicamentos.

- **Acceso geográfico**

Referido a la localización del establecimiento y de los ELITES a las poblaciones beneficiarias. A mayor distancia del establecimiento del establecimiento de salud menor será el acceso, mientras que para los ELITES a mayor distancia de la población mayor será el acceso.

- **Acceso cultural**

Asociado a las actitudes y creencias de la población respecto a su salud y a los servicios, al conocimiento sobre los servicios que se ofrecen y las barreras que se genera por el Enfoque Occidental de la atención de salud.

- **Acceso organizativo**

Vinculado a los horarios de atención y a la disponibilidad de profesionales de salud y/o ambientes para el funcionamiento de los servicios.

- **Oferta fija de establecimientos de salud**

Establecimientos del I nivel de atención conformado por centros y puestos de salud, los cuales cuentan con resolución directoral de creación y tienen asignada una población para ser atendida. La oferta fija de establecimientos de salud realiza actividades intra y extramurales en su jurisdicción.

2.8 TECNICAS DE RECOLECCION

Para la medición de acceso se elaboró los indicadores de estructura, proceso y epidemiológicos por tipo de oferta de servicios de salud considerándose los siguientes instrumentos de recolección:

- **Reporte HIS de los establecimientos de salud seleccionados y de los ELITES:** Constituye el instrumento oficial del MINSA, en el cual se registran las actividades realizadas por el recurso humano. Debido a que los ELITES forman parte de la oferta de servicios de salud también utilizan el HIS y cada actividad cuenta con su código que es asignado por la oficina de estadística del MINSA.
- **Padrón poblacional:** Reporte elaborado para registrar la provincia, distrito y tipo de centro poblado donde atiende la oferta de salud fija y móvil; permite además conocer el tiempo de referencia y el medio para el desplazamiento.
- **Reportes de morbilidad:** Formato utilizado por los establecimientos para registrar la morbilidad mensual y permite elaborar la frecuencia de enfermedades por ámbito de intervención.

- **Cuestionario a la población:** Consistió en una serie de interrogantes dirigido a la población que acude a los establecimientos de salud y ELITES seleccionados, que se describen a continuación:
 - **Sección general:** Primera parte de la entrevista, permitió recopilar los siguientes datos generales:
 - a. Tipo de centro poblado
 - b. Cargo de la persona entrevistada
 - **Sección salud:** Permitted conocer el tipo de consulta recibida por la población, acciones tomadas frente a la enfermedad.
 - **Percepción sobre los servicios de salud:** Área destinada a conocer la opinión de los pobladores que recibían atención del establecimiento de salud y los ELITES.

Se utilizó la técnica de “bola de nieve”, que consistió en realizar la entrevista semi estructurada a pobladores usuarios típicos de los establecimientos de salud y los ELITES, obteniéndose respuestas sucesivamente similares lo que permitió hacer un corte al momento que la “bola de respuestas” reiteradamente confirmó la direccionalidad e intencionalidad de respuestas del usuario.

2.9 PRUEBA PILOTO

Se elaboró el cuestionario a ser aplicado durante la entrevista, conteniendo los mismos ítems para los usuarios de los establecimientos de salud y los ELITES. La última parte del instrumento relacionado con la percepción sobre los servicios de salud se hizo diferenciada por tipo de usuario, debido a que se pretendió conocer la opinión de ambos beneficiarios.

Una vez elaborado el instrumento, los entrevistadores previamente capacitados realizaron la entrevista durante el IV trimestre del 2001 a los usuarios de los establecimientos de salud y de los ELITES para evaluar la validez de cada dato recolectado, a partir del cual se realizaron las modificaciones respectivas y obtener el instrumento final. Se puso especial énfasis en la redacción y el orden de la preguntas.

Para los establecimientos de salud regulares, en un radio ubicado a 6 horas o más de las zonas de intervención se utilizó los reportes de producción del I semestre 2001, que se obtienen del reporte HIS, el número de atendidos y atenciones, motivos de consulta y disponibilidad del establecimiento.

2.10 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO

El procesamiento de los resultados se realizó manualmente. La información se presenta en sectores circulares, cuadros, tablas y barras y para el análisis e interpretación de los datos obtenidos se efectuaron los cálculos porcentuales.

Los datos fueron procesados en programas del entorno Windows: Word, Excel.

2.11 LIMITACION

La presencia de otras fuentes de financiamiento que implementaron y desarrollaron experiencias similares al de los ELITES sin considerar los antecedentes e información de tipo cualitativa y cuantitativa de la estrategia.

Esto impidió obtener información estandarizada y de manera oportuna, debido a que la presencia de otras financieras hizo que se constituyeran equipos itinerantes de mayor costo e inadecuadamente ubicados, generando la duplicidad de la atención por la oferta fija y la itinerante, lo que retrasó el inicio de la revisión de las fuentes de información y la necesidad de realizar reuniones de asistencia técnica para homologar criterios metodológicos de la intervención.

Una segunda limitación fue el factor geográfico porque los primeros meses del año estas zonas son afectadas fuertemente por las lluvias y huaycos; retrasando el inicio de las intervenciones y por ende la realización de las entrevistas.

En relación al aspecto cualitativo, la técnica utilizada no permitió la extrapolación de los resultados, debiendo considerar que los hallazgos encontrados en esta parte del estudio, correspondieron únicamente a la población seleccionada y entrevistada.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PAÍS

El acceso debe ser entendido como la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud y debe ser entendido en el sentido más amplio analizando las características de la población, que se consideran como los factores determinantes y de los recursos disponibles, es decir, la oferta de servicios: uso de servicios (10)

El acceso se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud y que difiere de la accesibilidad que está vinculado al concepto de demanda por servicios de salud ligado a una función del precio, tiempo de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad “es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención” (11)

Algunos factores determinan el acceso a los servicios de salud, entre los que se mencionan la distribución espacial de la población, las comunicaciones, así como el grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica (12)

Esta condición conlleva a que muchos factores determinantes para unos, se constituyen en barreras limitantes para el acceso y para otros no, debido a la existencia de disparidades en la asignación de activos en la población y por la distribución de recursos, por ejemplo el ingreso; lo que trae consigo que en el Perú debido a los grandes sectores poblacionales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, el acceso a los servicios sea limitado generando que sectores poblacionales no accedan a estos servicios, configurando un sentido de inequidad en salud (13) .

La equidad en lo que respecta al acceso no implica que necesariamente toda la población reciba los mismos servicios, dicho de otra manera, el hecho que exista acceso a los servicios de salud no necesariamente significa que exista equidad, pues en la provisión de la oferta se definen características que consideran la calidad, oportunidad y eficiencia del servicio recibido, y que ello es a su vez dependiente de otras variables como la asignación presupuestal, los recursos humanos con los que cuenta, el desarrollo tecnológico alcanzado y en general las características y el comportamiento de esta oferta sanitaria (14).

El no acceso se da cuando se rompe el flujo circular desde los consumidores o desde los productores de servicios de salud (ausencia de prestación de servicios) (15)

Los factores denominados socioculturales determinan el acceso a los servicios de salud, los cuales incluyen tecnología y valores, y ejercen influencia sobre el uso de los servicios de salud. Los valores sociales implican que el acceso y no acceso está también influenciados por aspectos culturales y étnicos.

Los factores de organización son aquellas estructuras y procesos que señalan cómo está organizada la respuesta que ha dado la sociedad al bien salud, estos comprenden la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes), la accesibilidad geográfica, accesibilidad temporal, la accesibilidad social (aceptabilidad y capacidad de pagar el servicio), las características de la estructura del sistema de salud y el proceso de prestación de servicios (13).

El acceso viene influenciado por una serie de factores de varios órdenes y que la ruptura de dicha relación significa que uno o varios factores están influenciando negativamente el acceso, pero también por ello se debe entender que están en correspondencia a factores que son superiores como los organizativos y socioculturales (13).

3.2 GENERACIÓN DE REFORMAS PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES

Los últimos veinte años ha servido para producir no sólo en las Américas sino en todo el mundo, diversos esfuerzos dirigidos a introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como el arreglo institucional propio del sector. Estos cambios son las denominadas Reformas del sector de la salud, y por lo general forman parte de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países y de la modernización del Estado (16).

En la I Cumbre de las Américas realizada en la Ciudad de Miami en 1994, los jefes de Estado y de Gobierno de los países de las Américas se pronunciaron sobre la necesidad que las reformas del sector de la salud estuvieran orientadas a garantizar un acceso equitativo a servicios básicos de salud. La Reforma supone ofrecer oportunidades a los excluidos, cubrir a los más necesitados y corregir las fallas de equidad que hoy existen en materia de situación de salud, de acceso a los servicios y de financiamiento del sector (16).

La extensión de la protección social en salud, constituye una importante herramienta de política pública, principalmente a combatir la exclusión en salud. Se estima que en América Latina y el Caribe, entre el 20 y 25 por ciento del total de la población no tiene acceso a los sistemas de salud. Desde 1990 la Organización Panamericana de la Salud y la OIT, lanzaron una iniciativa regional para apoyar el esfuerzo de los Estados Miembros para disminuir las cifras encontradas (17).

Según indica el informe de la Organización Panamericana de la Salud en las Américas, no toda la población tiene acceso al derecho a la salud y a pesar de ello, la exclusión de la protección social no suele figurar en la lista de temas prioritarios de las agendas internacionales de política social o en las mismas agendas de los países.

Básicamente se consideran tres las condiciones que se deben cumplir para que la extensión de la protección social pueda funcionar en la práctica como una garantía: acceso a los servicios, es decir que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos; seguridad financiera en el hogar, lo que significa que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica del hogar y, finalmente, dignidad en la atención, es decir, que se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características racionales, culturales y económicas de los usuarios definidas mediante un proceso de diálogo social (18) .

Otro punto para zanjar son las enormes diferencias que existen entre los países y en las distintas zonas de un mismo país. A pesar que las estadísticas existentes no arrojan información referente a la exclusión por razones culturales, de empleo o por factores asociados a la calidad de la atención, sexo o edad, se ha estimado que unas 218 millones de personas en la Región de las Américas se encuentran excluidas de la atención en salud y otros 100 millones no tienen acceso a los servicios de salud por razones geográficas (18)

Por ello, los países deben incluir la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía de sus procesos de reforma sectorial. También entre otras cosas, deben lograr que se disemine la información conceptual existente y que se preparen estrategias nuevas y regionales para que todos lleguen a tener acceso a la salud (18) .

Algunas de estas estrategias son la creación de los sistemas comunitarios de protección social, establecimiento de regímenes especiales de seguros sociales sin esquema contributivo y esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental, entre otras herramientas. Como dice el informe “la utilización de un conjunto de prestaciones

garantizadas con financiamiento público diseñadas de acuerdo a los patrones epidemiológicos y a las prioridades del país y periódicamente revisadas constituye un instrumento útil para incrementar la seguridad jurídica, extender la cobertura y contribuir a una asignación más eficiente de los recursos” (18) .

Algunos resultados del seguimiento y evaluación de las reformas del sector de la salud en las Américas, llevado a cabo hasta ahora por la OPS permiten realizar una apreciación preliminar del efecto de las reformas que puede resumirse en cuanto a equidad como sigue: *sólo algunas de las reformas parecen estar contribuyendo, lentamente, a la reducción de las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, aunque subsisten dificultades para medir esta dimensión de los cambios del sector. En la mayoría de los países, las reformas no están contribuyendo a la reducción de las disparidades injustificadas en la distribución de los recursos y servicios, y es sumamente difícil valorar en qué medida han contribuido a reducir las disparidades en la situación de salud.*(19)

A diferencia de otros países latinoamericanos donde se mantuvieron los sistemas de salud contruidos en la etapa del Estado benefactor, en el Perú nunca hubo propiamente un Estado benefactor y el sistema de salud que se construyó a lo largo de varias décadas fue luego desestructurado durante la crisis prolongada que vivió el país desde la mitad de los años setenta. Por tal razón, el punto de partida actual no es un sistema de salud organizado bajo el principio de populismo estatista, sino un conjunto de servicios desorganizados y un sector fuertemente desregulado. Sobre la base del diagnóstico de los servicios de salud y las características del país, el Ministerio de Salud, ha planteado la necesidad de construir un sector plural de salud basado en la complementariedad público-privada.

A manera de graficar esta evolución, se enuncia algunas modificaciones más importantes que ha experimentado el sector en las últimas décadas:

1990 – 1995

- Recuperación del gasto público ejecutado en salud, pero que no llega a alcanzar los niveles de 1985 – 1987.
- Separación progresiva de los mecanismos de financiamiento, por un lado, y los sistemas de prestaciones por otro, en el ex Instituto Peruano de Seguridad Social. Se ha implementado nuevas metodologías para la asignación de recursos (AFIPSS) con el fin de estimular la eficiencia en la producción de los servicios. Los presupuestos se elaboran sobre la base de producción efectiva realizada en los establecimientos de salud.
- Ampliación y reorganización del sub sector privado. Forman parte de esta dinámica, la gran expansión de la práctica privada pequeña y mediana, la modernización de las clínicas particulares y el lanzamiento de diversas modalidades de seguros de salud.
- Recuperación de los costos en hospitales del sub sector público. Los hospitales del Estado comenzaron a sustentarse cada vez más con recursos propios autogenerados a través de tarifas y clínicas. Las repercusiones de este cambio parcial en el financiamiento sobre la gestión de los establecimientos no han sido rotundos. No han conducido a cambios cualitativos y es posible que hayan impactado negativamente sobre la población usuaria regular de estos servicios, que son los más pobres y vulnerables.
- Reforzamiento de la participación de la población en la administración presupuestaria y en la gestión de los servicios de salud locales a través de la creación de las comunidades locales de administración de salud, denominadas las Asociaciones CLAS.

1995 – 2000

En este periodo los principales cambios son:

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y a la atención individual, otorgando prioridad a los sectores más pobres y vulnerables. Para ello el MINSA promoverá la complementación y competencia entre los servicios de todos los sub sectores de salud, asumirá la responsabilidad de proveer servicios de salud pública y de otorgar subsidios estatales a los grupos poblacionales que no cuenten con los recursos para acceder a la cobertura de atención individual de riesgos definidos, establecerá paquetes de prestaciones de salud y regulará el mercado de medicamentos.
- Modernizar el sector salud; es decir, incorporarlo a la revolución científico-tecnológica y renovar los enfoques acerca de su naturaleza, objetivos, alcances, etc.
- Reestructurar el sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de la salud.
- Promover condiciones y estilos de vida saludables.

Estos antecedentes nos indican que el sistema deseado deberá reunir las siguientes características:

- La recuperación del papel rector en materia de salud por parte de los órganos del poder ejecutivo, esto es, Ministerio de salud. A este mismo ministerio le corresponde fijar las grandes orientaciones políticas para el sector y las metas por lograrse.
- La aplicación de un sistema de seguros que permita financiar la demanda de atenciones individuales; el Estado proveerá los recursos para financiar la salud pública y subsidiará a los grupos de menores recursos.
- La organización de redes de servicios de salud integradas por los diversos agentes prestadores para producir en condiciones de

competencia, servicios públicos que serán contratados por el Estado, y servicios de atención individual, que serán contratados por las aseguradoras.

3.3 LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA POBLACIONES DISPERSAS

En junio de 1998, se dio inicio a la estrategia de intervención de salud para poblaciones dispersas y excluidas del país o con escaso acceso de los servicios de salud, debido a que residían en zonas rurales alejadas y con baja concentración poblacional, sumándose otros factores como la dificultad geográfica, económica, pobreza y pobreza extrema, social y cultural para poder acceder a los servicios del Estado.

La necesidad de acercar e integrar el servicio de salud a estas poblaciones, se tomó como principal y vital prioridad para el sector; en este contexto el Programa Salud Básica Para Todos, hoy Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, elaboró la propuesta para la intervención en las poblaciones ubicadas en los ámbitos con tales características, con el objetivo de brindar atención de salud en sus mismas comunidades, teniendo como valor agregado el de ser prestado por un equipo de salud conformado por profesionales y personal técnico, además de ser una experiencia flexible eminentemente local y descentralizada, que articula los recursos locales existentes .

La estrategia iniciada se ha convertido en un instrumento de desarrollo y fortalecimiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y en consecuencia del sistema de salud del MINSA; al haber contribuido con el fortalecimiento e integración de las redes de servicios de salud, del sistema de vigilancia epidemiológica en las localidades con silencio epidemiológico; logrando de esta manera ampliar la cobertura de las poblaciones sujetas a esta actividad. Un aspecto importante de la atención de salud itinerante, es no haber perdido sus características inherentes a éstas, las cuales son la de ser oportuna, de calidad, con calidez, de ser eficaz y con el respeto de las costumbres ancestrales, étnicas, religiosas y mágicas de las poblaciones intervenidas.

La primera fase de la modalidad se realizó en las cuencas de los ríos Huallaga Central y Alto Biavo y en las cuencas de los ríos Ene y Tambo, en los departamentos de San Martín y Junín respectivamente; habiendo contribuido significativamente en esta primera etapa con la focalización a las poblaciones que se encontraban en los márgenes de estos ríos. Con la primera evaluación se ingresó a un segundo periodo (marzo a diciembre del 99), llamándose fase de consolidación de la experiencia, que se caracterizó por el ingreso de nuevas zonas de intervención en un número mayor de Direcciones de Salud (se incorporaron 16 en total); este periodo fue sujeto a evaluación durante el primer trimestre del 2000 y la tercera fase, que se desarrolló durante todo el 2000, se denominó de expansión de la experiencia, la cual se caracterizó por la organización, desarrollo y sistematización de la experiencia, reforzando las líneas de monitoreo y supervisión que permitieran ejercer un control efectivo en el desarrollo y cumplimiento de los lineamientos adoptados y la identificación de tareas críticas de mejoramiento para el reforzamiento y consolidación de esta modalidad de intervención de salud.

En el contexto de las grandes y rápidas transformaciones del MINSA y en el marco de la reforma del sector salud; implica aceptar y enfrentar con eficacia el desafío de realizar innovaciones que conduzcan esta estrategia de la atención de salud itinerante a ser más efectiva para el logro de la equidad, eficiencia y calidad de la prestación del servicio. Por lo tanto, esta estrategia fue diseñándose y avanzando con la participación de diferentes actores sociales, a través de la implementación progresiva de cinco ejes integradores:

- El fortalecimiento de las redes de servicios de salud
- El fortalecimiento de la organización comunitaria
- El mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica activa y comunal
- La definición de ámbitos territoriales de intervención

- La utilización de instrumentos de gestión como el plan de intervención para poblaciones de alta dispersión.

Una vez realizada la estratificación y análisis de los perfiles epidemiológicos diferenciados por estratos de pobreza, se identificó en ellos un perfil basado mayormente en las enfermedades transmisibles y carenciales, y el aumento prospectivo de las enfermedades crónico degenerativas.

Las metas propuestas para esta estrategia se dio en dos niveles: nacional y regional, teniendo así que al finalizar el año 2000, la intervención de los ELITES alcancen el 30% del total de la población identificada; mientras que para el nivel regional las metas fueron la internalización y contribuir al alcance de la meta nacional; lograr una extensión de uso del 100% de la población programada para los ELITES; fortalecer, validar y ejecutar el trabajo en redes de los servicios existentes en las zonas de intervención, y organizar, implementar y operativizar por lo menos una red de vigilancia epidemiológica comunal en cada una de las zonas de intervención (20).

3.3.1 Fase de pre intervención

a. Identificación de la población beneficiaria

La identificación apropiada de las poblaciones beneficiarias ha sido considerada de suma importancia para que las actividades de campo de los ELITES surtan efecto; tal identificación se hizo previa definición de los criterios de inclusión y exclusión.

b. Criterios referenciales para la identificación de las poblaciones beneficiarias

b.1 Identificación de la población beneficiaria a nivel de las Direcciones Regionales de Salud, basado en el criterio de inaccesibilidad a los servicios de salud

Condición vinculada a la inequidad de la distribución de los servicios de salud, que integra los siguientes aspectos:

- económicos: población de pobres y muy pobres.
- geográficos: sin vías de comunicaciones, red de transporte y existencia de servicios de salud, ubicados a más de seis horas del establecimiento de salud más cercano.
- culturales: sin atención por auto exclusión y/o niveles adecuados adaptados que hagan posible la adquisición de hábitos saludables.

b.2 Elaboración del padrón de las poblaciones beneficiarias por las actividades de los ELITES

- **Padrón general de las poblaciones dispersas rurales de la DIRESAS**

La experiencia ganada, ha demostrado que existe un difícil proceso de conversión de las poblaciones beneficiarias definidas al grupo físicamente sujeto-objeto para las actividades de campo de los ELITES, por ello, debe facilitarse por el uso del enfoque complementario de áreas espacialmente definidas (geográficas) tan pequeñas que son relativamente homogéneas en términos económicos y ambientales, áreas en las cuales la población tiene básicamente las mismas oportunidades de salud (micro áreas). Los residentes de las micro áreas comparten similares características socio económicas y condiciones ambientales y de vida como el ingreso del hogar, nivel de educación, vivienda y saneamiento.

b.3 Conformación del equipo local itinerante de trabajo extramural en salud

La conformación del equipo local itinerante de trabajo extramural en salud (ELITES), se hace en función a criterios referenciales, debiendo considerarse la modalidad de entrega del servicio de salud y las características epidemiológicas de cada zona a intervenir, además de

conocer el idioma o dialecto de las comunidades de las zonas a intervenir y acreditar una experiencia previa en el trabajo de campo.

La propuesta planteada por el PAAG, recomienda la presencia de un recurso humano nombrado, debido a que la experiencia acumulada ha demostrado que este personal tiene un conocimiento relativamente mayor de algunas zonas con características de dispersión y en algún momento, por su trabajo extramural, ha tenido contacto con los actores sociales relevantes en estas comunidades, de manera que se le considera un actor facilitador para el ingreso de los ELITES a las poblaciones objetivo.

b.4 Criterios de organización para el trabajo de los ELITES

Los criterios prioritarios para el trabajo de los ELITES, se inicia por seleccionar a un personal nombrado, conocedor de la zona a intervenir, a ello sigue la contratación de cinco recursos humanos, entre profesionales y técnicos de la salud.

El personal nombrado es propuesto y aprobado por cada Dirección de Salud, debiendo considerar la experiencia de trabajo de campo en la zona rural, con un mínimo de tres años, porque es un tiempo suficiente para que el personal nombrado, haya considerado como parte de su trabajo extramural, la salida a una población considerada de mediana o alta dispersión; el otro requisito es haber participado en intervenciones de control de brotes y en actividades similares o afines.

La estructura de trabajo para los ELITES es por resultados, en referencia a evaluaciones mensuales, con veintiséis días de trabajo, los que incluyen un día de reunión con el equipo de gestión de la Dirección de Salud para recibir la información sobre los objetivos, metas y actividades a realizar en la intervención. Esto estará

supeditado a si el equipo conformado es nuevo, en caso contrario las coordinaciones se realizarán en la cabecera de red o el establecimiento de salud de referencia, revisando y evaluando los avances y limitaciones de los ámbitos a intervenir. Este análisis les permite tomar decisiones y adoptar algunas estrategias para el cumplimiento de las metas programadas.

Los siguientes veintiún días son de trabajo de campo, que incluye el desplazamiento, considerando un día para la actualización del diagnóstico de salud. Los cinco días siguientes son para la elaboración y envío de los informes de intervención.

Se ha considerado para los ELITES, un promedio de cinco días de descanso entre una y otra intervención.

El perfil del jefe de equipo deberá ser un profesional de la salud, conocedor de zonas similares y tener aptitudes de orientación, comunicación, líder, de conducción y trabajar en equipo.

Cada Dirección de Salud, deberá asignar un coordinador que será el inductor de la modalidad de intervención, quien deberá dirigir la fase de capacitación que se brindará al personal seleccionado. Durante ese periodo de capacitación se dará a conocer los productos que se espera de cada integrante de los ELITES, así como se presentará el paquete básico de salud que se entregará durante la intervención.

La fase de organización considera la elaboración de algunos productos, previos a la salida de los ELITES:

- Plan de intervención para las poblaciones de alta dispersión y presentación de los lineamientos para el caso de personal nuevo. Ambos documentos constituyen las herramientas de gestión de la modalidad de intervención.
- Ficha técnica de identificación y priorización de los problemas de salud, utilizando datos históricos sobre la distribución y dinámicas de la población de las comunidades a intervenir e información sobre los perfiles epidemiológicos.
- Coordinación con los jefes de redes y microrredes de los establecimientos de las zonas de intervención para garantizar la continuidad, sostenibilidad y éxito de las acciones.
- Coordinación formal con las autoridades locales para el ingreso de los ELITES.
- Instrumentar a los integrantes de los ELITES con los formatos post intervención y registro de actividades realizadas diariamente por cada uno de los integrantes del equipo.
- Uso de los criterios de referencia para la identificación de las poblaciones beneficiarias.
- Uso de los criterios para el cálculo de la población de las zonas a intervenir.

La fase denominada de intervención y ejecución del trabajo de campo, consiste en brindar la atención de salud básica durante los veintiún días, pudiendo instalarse en algún local de la comunidad y de ser el caso, brindar la atención casa por casa. Durante la intervención pueden realizarse referencias y contrarreferencias de pacientes, que requieren ser atendidos en establecimientos de mayor capacidad de resolución. Todas la atenciones son registradas en el HIS/MIS, al culminar la intervención estos reportes se entregan a la cabecera de microrred y DIRESAS y son consolidados en las oficinas de estadística e informática regional.

La fase de post intervención incluye el diagnóstico de salud de la zona intervenida; el procesamiento de los datos y análisis es responsabilidad de cada ELITES en el contexto del plan de intervención, siendo obligatoria la integración técnica de los establecimientos involucrados y las redes, microrredes correspondientes; la elaboración del informe post intervención mensual, semestral y anual para la red, microrred y la DIRESAS, finalmente, la elaboración del informe anual para la consolidación nacional de los ELITES.

Por las características de la modalidad de intervención de los ELITES, se les asigna algunos insumos y equipamiento básico para el desarrollo de sus actividades, los cuales deben ser de fácil traslado considerando que el desplazamiento hacia los lugares de intervención se hace a pie, lomo de bestia, surcando ríos y/o ascendiendo y descendiendo cerros.

Material de consumo

Bolsas de dormir, impermeables, linternas, linternas halógenas, lámparas, mochilas, salvavidas, medicamentos básicos, portavacunas, anestésicos dentales, agujas carpules, material de enfermería, útiles básicos de escritorios.

Equipamiento básico

Carpas livianas, set de exodoncia, equipo dental portátil, congelador con panel solar, camilla portátil, equipo de radio de campaña y set de instrumental quirúrgico.

3.4 DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

En muchos lugares del mundo, las oportunidades de acceso a los servicios de salud no son equitativos, lo cual atenta contra el estado de salud de las poblaciones con menores recursos. Mas aún, la poca capacidad adquisitiva de los segmentos pobres de la población para satisfacer regular y atender oportunamente sus necesidades de salud, ponen en riesgo el desarrollo de las capacidades productivas y en situaciones extremas, llevándolos al borde de la muerte, lo que se convierte en un factor de destrucción del capital humano (9).

Existe una demanda encubierta (insatisfecha) de servicios de salud, asociada a individuos que por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad. Como estas personas no acuden a los establecimientos de salud sus demandas no se reflejan directamente en las estadísticas de sector salud, tampoco se encuentran en las encuestas, lo que dificulta la identificación de la brecha entre las necesidades de salud de la población y demanda efectiva (22).

La omisión o consideración inadecuada de la demanda reprimida por parte de las autoridades de salud pueden conllevar a diagnósticos equivocados respecto a la real dimensión del problema de salud en el Perú y a un diseño de políticas poco eficientes.

Los hallazgos que refleja que la demanda constituye un problema crítico de inequidad se menciona en los siguientes

- La población de alto riesgo compuesta básicamente por la población pobre (el 15% de la población en nuestro país pertenece a hogares clasificados como pobres extremos teniendo un gasto per anual de US\$192; mientras que un 39% de la población se ubica en hogares en situación de pobreza no extrema, con un gasto per cápita anual de US\$447)

- Los niveles de sub reporte de enfermedad son directamente proporcionales a los niveles de pobreza de la población e inversamente a la disponibilidad del seguro de salud: cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos reportan. Como contraparte, los niveles de utilización son inversamente proporcionales a los niveles de pobreza y directamente proporcionales a la disponibilidad del seguro del individuo: cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos utilizan los servicios de salud.

Debe mencionarse que al interior de los no asegurados el grupo de la tercera edad es el más desprotegido, si bien, de acuerdo al ciclo de vida este grupo es el más propenso a enfermarse, en términos de acceso son los que han enfrentado las mayores barreras de entrada, habiendo estado excluidos del Seguro Escolar y del Seguro Materno Infantil. Actualmente el SIS los cubre de una manera limitada, a pesar que por su condición de salud y bajos ingresos la vejez merece el acceso privilegiado a los cuidados médicos.

Los individuos con mayor riesgo de enfermarse, los cuales se encuentran en los segmentos de pobreza extrema (los que no pueden satisfacer una canasta mínima alimentaria), son los que tienen las menores probabilidades de utilizar o acceder a los servicios de salud. Este resultado muestra una realidad dramática: las condiciones de mercado hacen que se revelen las necesidades de salud (reporte de enfermedad) sólo de los individuos con mayor probabilidad de acceso a los servicios de salud. Ello tiende a reforzar las evidencias encontradas respecto a la existencia de una demanda reprimida de servicios de salud que no se materializa en el mercado por existir individuos que no declaran su situación de enfermedad por razones económicas (22).

3.5 SATISFACCIÓN DE USUARIO Y PERCEPCIÓN DE LA DEMANDA

La satisfacción del consumo de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como un índice de buen funcionamiento, de la calidad del servicio prestado e incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la administración sanitaria, por lo que conocer el grado de satisfacción de los usuarios, constituye uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios sanitarios (21).

La satisfacción del usuario con la atención recibida ha sido estudiada extensivamente en los últimos años. El grado de insatisfacción ha sido asociado a adherencia al tratamiento, la búsqueda de nuevos médicos tratantes y al impacto (end-point) del tratamiento; también ha sido estudiada como una medida intrínseca del resultado de una teoría. La literatura sostiene que la satisfacción está en relación con la dirección de la no confirmación de las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio (22).

Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva. El objetivo que se percibe es describir la conformidad del paciente con el servicio recibido. Así, requiere tomar en consideración dos elementos. El primero responde a la expectativa de servicio, es decir, satisfacción esperada del futuro consumidor de salud. El segundo elemento es el servicio posteriormente percibido por él. De estos dos conceptos, podemos definir la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario (concepto que procede de la calidad percibida del servicio). Esto es, se supone que el paciente es capaz de realizar en su mente un esquema factible de servicio, el cual le servirá para poder valorar el servicio recibido por el mismo (22).

El análisis de satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la: estructura (comodidades, instalaciones físicas y organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambio en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida), también se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (23).

Las expectativas por ello, gozan de una especial relevancia, ya que antes de indagar otros elementos que pueden influir en la satisfacción deberíamos objetivar de algún modo las expectativas de servicio del paciente para posteriormente, poder evaluar y medir el grado de satisfacción.

Un estudio de Thomas (24) demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, entre las que puede darse cuatro tipos de expectativas: a) ideales o deseos; b) predecibles o basadas en la experiencia; c) normativas o relacionadas con "lo que debe ser" el servicio, y d) inexistencia de expectativas. Por su parte, William expone que unas veces se muestra como un verdadero consumidor mientras que en otras manifiesta una actitud pasiva (25).

Hall y Dornan (21) entienden que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de servicios sanitarios, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras.

El enfoque al usuario es el que define la calidad de un servicio de salud; los valores y las necesidades del usuario (dentro de su pensamiento individual y como parte de una comunidad) son los que definen la calidad de atención. El personal de salud (proveedor) debe entender la

importancia de la perspectiva del usuario. Su actuar dentro de los procesos de atención debe responder a sus expectativas.

Este enfoque considera algunos criterios para saber qué piensa el usuario, entre los que se mencionan:

- No pensar por ellos
- No asumir que sabemos todo
- Implementar mecanismos de escucha al usuario, tales como: buzón de sugerencias y quejas, encuestas de salida, entrevistas y conversaciones directas (individuales, grupos focales)

Durante la atención, el usuario tiene algunos aspectos de interés tales como (25):

- Trato, amabilidad y cortesía del personal
- Tiempo de espera para la atención
- Información
- Duración de la consulta
- Resolución del problema
- Disponibilidad de medicamentos, suministro
- Costos accesibles

Uno de los indicadores de la calidad menos costosos y más versátiles lo constituye la satisfacción del usuario con el servicio recibido (26). Más aun, la satisfacción del usuario no es sólo un indicador de calidad, sino también uno de los componentes de la calidad en sí. Es por ello, que toda estrategia que permita desarrollar mecanismos para conocer las opiniones de los usuarios sobre el servicio recibido se enmarca en el campo de la calidad en salud. Este conocimiento tiene como contraparte el reconocimiento de los aspectos del proceso de atención que requieren ser mejorados.

La medición de la satisfacción del usuario no es una tarea sencilla, requiere de conocimientos y recursos que no siempre están al alcance del personal de los establecimientos del primer nivel de atención (27).

Cuando el usuario acude a un establecimiento de salud, sea este del I, II ó III nivel de atención, establece el primer contacto con la institución a través del personal de vigilancia o admisión, recibiendo allí la primera impresión de este establecimiento. En algunos casos solicita información, convirtiéndolos en una suerte de “anfitriones” del establecimiento. Si en esta actividad tan simple se empieza a fallar, la calidad según el cliente externo comienza a deteriorarse. Luego, al ser atendido por otro servicio (por ejemplo caja), el usuario se forma una segunda idea de cómo se vienen generando estos procesos, quedándole nuevos procesos por seguir, hasta que finalmente llega al punto de encuentro, donde el usuario se pone en contacto directo con el médico u otro personal asistencial, quien es el responsable directo de resolver el problema de salud por el cual acude. Por tanto, el personal de salud debe contar con la capacidad técnica y calidad humana, que satisfaga las expectativas y necesidades del usuario, utilizando las técnicas diagnósticas y terapéuticas que generen su satisfacción, además de la ausencia de complicaciones, iatrogenias o secuelas (27)

Durante todo este proceso, el usuario se pone en contacto con una serie de personas y de varios sub procesos (administrativos, técnico asistenciales y de atención médica), los cuales de manera integral generan las actividades, las mismas que deben ser de calidad y que requieren una evaluación y monitoreo permanente.

La calidad de un servicio puede ser medida tanto desde la perspectiva del prestador (mediante auditorías, análisis de los procesos, cumplimiento de estándares, etc.) como desde la perspectiva del usuario (a través de la satisfacción del usuario, calidad de atención desde las expectativas del usuario, evolución, sintomatología, etc.). Independiente del método y de la perspectiva utilizada (prestador y/o usuario), la determinación de la calidad de un servicio deberá traducirse en

estrategias que permitan el mejoramiento de la calidad en los servicios (22).

Una institución de salud que brinda servicios de “buena calidad” medida desde la perspectiva del usuario debe generar, como consecuencia de ello, mayor lealtad del cliente, menor vulnerabilidad a la guerra de precios, costos de mercado inferiores y crecimiento de la participación de la institución en el mercado (28). En este sentido, mejorar los servicios desde la óptica de la calidad esperada y percibida por el cliente se convierte en una estrategia para generar beneficios tanto para la institución como para la población. Para la institución, genera mayores clientes y lealtades, y buen clima organizacional; para la población, una atención de calidad se traduce en mejores niveles de salud, mayor cobertura, menos complicaciones y mejor calidad de vida.

La definición de la calidad de atención dada por la Organización Mundial de la Salud dice: “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente”.

CAPITULO IV

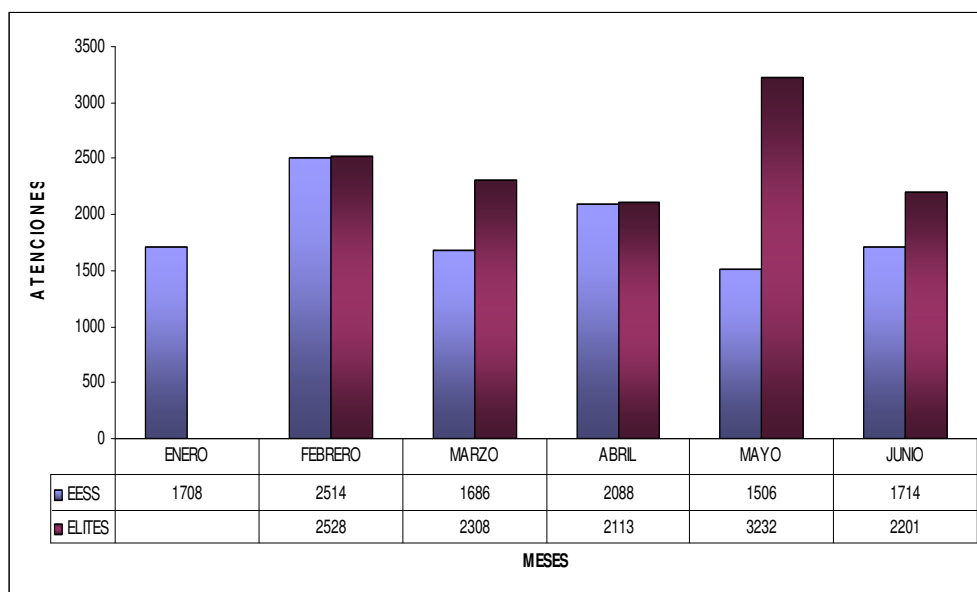
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA

4.1.1. Acceso económico

En el gráfico Nro. 1 referido a las atenciones, encontramos que en la DIRESA San Martín los ELITES han registrado un número mayor de atenciones en comparación con los establecimientos de salud seleccionados.

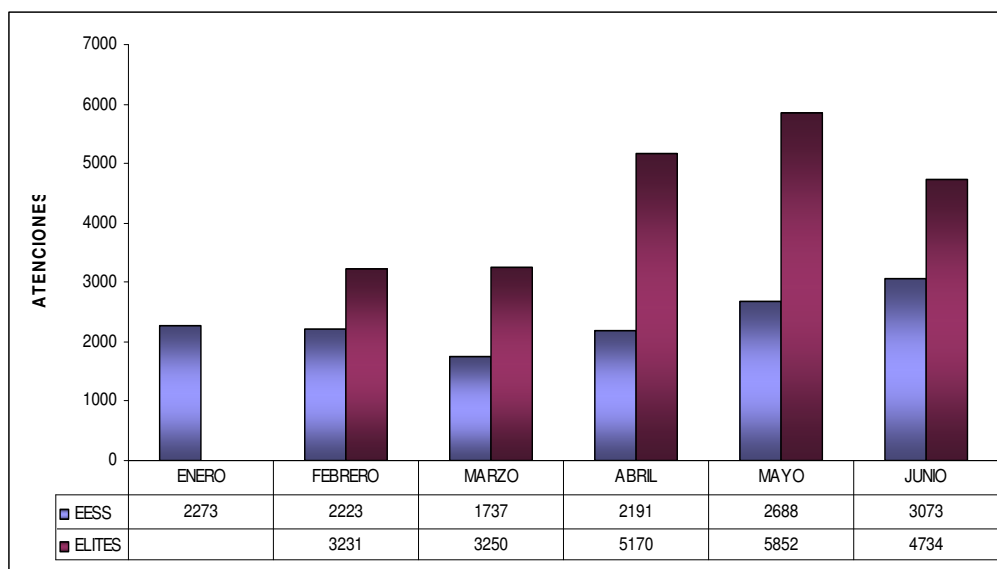
GRAFICO NRO. 1
COMPARATIVO DE LAS ATENCIONES OBTENIDAS POR LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LOS ELITES
DIRESA SAN MARTIN – I SEMESTRE 2002



En el mes de mayo los ELITES registraron el mayor número de atenciones comparativamente a lo obtenido por los establecimientos de salud.

En el gráfico 2 se observa que en la DIRESA Huancavelica el número de atenciones fue en incremento registrándose el mayor número en mayo al igual que en la DIRESA San Martín.

GRAFICO NRO. 2
COMPARATIVO DE LAS ATENCIONES OBTENIDAS POR LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LOS ELITES
DIRESA HUANCAVELICA – I SEMESTRE 2002



Este incremento es producido históricamente a partir del II trimestre en la oferta de servicios de salud, debido a que los establecimientos inician actividades extramurales a partir del mes de abril, periodo que cesan las lluvias en las zonas de sierra y selva del país.

En el caso de los ELITES el incremento de las atenciones son mayores, debido a la metodología de trabajo que consiste en la atención por micro concentración y la visita a domicilio para garantizar el acceso al mayor número de pobladores, estrategia que no puede ser utilizada por los establecimientos de salud debido al reducido número de recursos humanos y la distancia del establecimiento hasta las comunidades consideradas de mediana y alta dispersión (sólo en desplazamiento el tiempo promedio está por encima de 3 horas).

El acceso económico está relacionado con la atención recibida por el poblador en el establecimiento de salud, debiendo considerar que en un centro o puesto de salud el costo por la atención médica es de S/3.00, mientras que la atención

recibida por los ELITES es gratuita incluyendo los medicamentos para su tratamiento.

La población accede a un establecimiento de salud siempre que se encuentre enferma, debiendo abonar el pago por la consulta; para el caso de los pobladores de menores recursos, el personal de salud aplica las fichas sociales para verificar el grado de indigencia. Una vez realizado el procedimiento, el usuario es exonerado de pago o es afiliado al Seguro Integral de Salud – SIS; a partir de ello su paso por los diferentes consultorios del establecimiento de salud son registrados como atenciones.

Cabe mencionar que el personal de los establecimientos de salud laboran 25 días al mes, mientras que los ELITES por su característica de itinerancia tienen 21 días de intervención efectiva.

La tabla 4 referida al promedio de atenciones por día, está en función a la demanda de atención de los establecimientos, sean estas pagadas o exoneradas. Al concluir el I semestre se registraron en los establecimientos de salud de la DIRESA San Martín un promedio de 78 atenciones por día, mientras que los ELITES realizaron un promedio de 103 atenciones por día; considerando un horario de 12 horas, de los cuales se registran atenciones médicas, odontológicas, obstétricas, de enfermería y actividades masivas a la población como desparasitación, charlas educativas, enseñanza en la construcción de letrinas, entre otros.

TABLA Nro. 4
CONSOLIDADO PROMEDIO DE ATENCIONES
DIRESA SAN MARTÍN
I SEMESTRE 2002

MODALIDAD/ ATCS	ATCS. I SEMESTRE	PROMEDIO ATCS. MES POR EESS	PROMEDIO ATCS. DIA POR EESS
EESS	11,216	935	78
ELITES	12,382	1,238	103

En el caso de Huancavelica, la tabla 5 nos presenta que en cada establecimiento de salud el promedio de atención por día es de 66 y los ELITES de 123, lo que indica que en esta segunda modalidad hay una mayor demanda de atención.

TABLA Nro. 5
CONSOLIDADO PROMEDIO DE ATENCIONES
DIRESA HUANCAVELICA
I SEMESTRE 2002

MODALIDAD/ ATCS	ATCS. I SEMESTRE	PROMEDIO ATCS. MES POR EESS	PROMEDIO ATCS. DIA POR EESS
EESS	14,185	788	66
ELITES	22,237	1,482	123

Los establecimientos de salud realizan la programación de sus actividades de enero a diciembre, mientras que los ELITES inician la intervención a partir de febrero porque el primer mes es utilizado para la programación de sus instrumentos de trabajo, la adquisición de sus medicamentos, insumos y equipamiento de campaña, además es el periodo de lluvias y huaycos limitando la posibilidad de desplazamiento.

Las atenciones que brinda la oferta de servicios de salud del I nivel de atención es básicamente preventiva promocional, sin descuidar los aspectos recuperativos, sobre todo en los ámbitos de la población excluida y dispersa.

Como estrategias utilizadas por los establecimientos de salud para incrementar su acceso y mejorar las coberturas el personal programa actividades extramurales y de seguimiento, teniendo como principal barrera la alta dispersión poblacional y la distancia de las comunidades por lo que sólo llegan a un radio de acción de hasta 3 horas. A partir de esa distancia las posibilidades de acceso de la población al establecimiento de salud son escasas o nulas, convirtiéndose en poblaciones objetivo para ser beneficiados por los ELITES, estrategia que tiene el valor agregado de contar con un equipo multidisciplinario, profesionales que brindan atención casa por casa y en otros casos realizan sus intervenciones a través de micro concentraciones en locales comunales, colegios o locales de las iglesias.

Debe mencionarse que el proceso de inducción hacia los pobladores beneficiarios de los ELITES es progresivo, encontrando ante un primer acercamiento un rechazo a lo desconocido. Recordemos que estas poblaciones tienen una gran barrera cultural que superar, además que durante años no tuvieron la posibilidad de acceder a un establecimiento de salud; sin embargo con la presencia bimensual de los equipos y las coordinaciones previas con los líderes comunales la población aprende a reconocer la presencia de los “señores de azul” y acuden progresivamente a la convocatoria de atención.

Estos resultados encontrados del acceso económico en los espacios geográficos de sierra y selva nos demuestran que la modalidad de atención de la oferta móvil promueve el mayor acceso de la población al servicio de salud debido a la gratuidad de la atención, el desplazamiento de la oferta y la demanda, aunado a un adecuado proceso de adecuación y coordinación.

4.1.2 Acceso geográfico

Las poblaciones de la sierra y selva se caracterizan por la dificultad en su acceso, alta dispersión, la carencia de carreteras, medios para su desplazamiento y los factores climatológicos que se generan en los primeros meses del año.

De alguna manera esta situación genera que haya periodos en los cuales los establecimientos de salud tengan que esperar a la población. Para el caso de la oferta móvil, los ELITES tienen un cronograma mensual que considera el ingreso regular a las poblaciones excluidas y dispersas, teniendo inclusive que desplazarse durante horas a pie, lomo de bestia o embarcaciones hacia los lugares fijados para atender.

De la información obtenida al I semestre, la tabla 6 muestra que los establecimientos de salud de la DIRESA San Martín han beneficiado a 29 centros poblados y 7.041 pobladores, mientras que los ELITES han beneficiado a 66 centros poblados y 12.228 pobladores.

TABLA Nro. 6
POBLACIÓN ATENDIDA SEGÚN MODALIDAD DE INTERVENCIÓN
SAN MARTÍN Y HUANCAMELICA- I SEMESTRE 2002

DIRESA	MODALIDAD	POBLACION ATENDIDA	NRO. CENTROS POBLADOS	NRO. EESS Y ELITES
SAN MARTIN	ELITES	12,228	66	2
	EESS	7,041	29	2
HUANCAMELICA	ELITES	16,636	71	3
	EESS	13,588	23	3

Asimismo, la misma tabla 6 nos indica que para el caso de la DIRESA Huancavelica, los establecimientos de salud han beneficiado a un total de 23 centros poblados y 13.588 pobladores, mientras que los ELITES han llegado a 71 centros poblados y 16.636 pobladores.

Estos resultados indican que los ELITES han llegado a cubrir a mayor población que los establecimientos de salud en ambos espacios geográficos; estos resultados corroboran que la estrategia de desplazar la oferta hacia la demanda permite mejorar el acceso en estas poblaciones inaccesibles geográficamente. Si bien, los establecimientos de salud realizan actividades extramurales como parte de sus actividades, pero estas no son suficientes para alcanzar a las poblaciones que están por encima de las 3 horas de distancia.

En la tabla 7 encontramos que el tiempo promedio que demora la población para llegar a los establecimientos de salud en San Martín es de 2horas28minutos al PS Leoncio Prado y de 39 minutos promedio para llegar al CS Nuevo Lima y los medios de transporte utilizados son en auto y a pie, a excepción de Leoncio Prado que la población requiere para desplazarse los autos (que mayormente son camiones que pasan por la zona), luego acémila y completar su desplazamiento a pie.

En el caso de Huancavelica, en la tabla 7 observamos que para llegar al CS Lircay se requiere en promedio de 2horas y el desplazamiento se realiza en auto, acémila y un tramo a pie, mientras que para llegar al CS Anco el promedio de llegada es de 1hora22 minutos en auto y a pie y para el CS Acoria se requiere de 1hora54 minutos en auto y a pie.

TABLA Nro. 7
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: INFORMACION GEOGRAFICA DE
ACCESO DE LA POBLACION A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
I SEMESTRE 2002

DEPARTAMENTO	EES	PROVINCIA	DISTRITO	TIPO DE POBLACION	POBLAC. TOTAL	TIEMPO PROMEDIO DESPLAZ.	MEDIO DE TRANSPORTE			
				CTRO. POBL (CP)			AUTO	DESLIZ.	ACEMILA	A PIE
SAN MARTIN	PS LEONCIO PRADO	PICOTA	TINGO DEL PONAZA	20	4,356	2.48	X		X	X
	CS NUEVO LIMA	BELLAVISTA	NUEVO LIMA	9	2,505	0.39	X			
HUANCAMELICA	CS LIRCAY	ANGARAES	LIRCAY	9	9,886	2.01	X		X	X
	CS ANCO	CHURCAMP	ANCO	6	981	1.22	X			X
	CS ACORIA	ACORIA		8	2,721	1.64	X			X

La tabla 8 compara los tiempos utilizados por los ELITES para llegar a las poblaciones objetivo, encontrando en San Martín que el mínimo tiempo de llegada ha sido de 3horas50minutos (ELITES II) y el máximo de 8 horas (ELITES I), siendo el auto, deslizador o a pie los medios para el desplazamiento.

Cabe mencionar que estos tiempos de desplazamiento son mayores en las épocas consideradas críticas como son diciembre a marzo; en el caso de los espacios geográficos de sierra estos se ven afectados por los huaycos y desplazamientos, mientras que en la selva por la crecida y descenso de los ríos, en algunos casos que imposibilita el traslado por vía fluvial.

TABLA Nro.8
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: INFORMACION GEOGRAFICA DE
ACCESO DE LOS ELITES A LA A POBLACION
I SEMESTRE 2002

DEPARTAMENTO	ELITES	PROVINCIA	DISTRITO	TIPO DE POBLACION	POBLAC. TOTAL	TIEMPO PROMEDIO DESPLAZ.	MEDIO DE TRANSPORTE			
				CTRO. POBL (CP)			AUTO	DESPLZ.	ACEMILA	A PIE
HUANCAMELICA	LIRCAY	LIRCAY	LIRCAY 1ra. RUTA	7	2,062	4.58			X	X
			CONGALLA	10	1,852	3.25			X	X
			LIRCAY 3ra. RUTA	10	2,449	3.89			X	X
	ANCO	CHURCAMP	ANCO 1ra. RUTA	6	1,900	3.80			X	X
			ANCO 2da. RUTA	7	1,370	3.71			X	X
			ANCO 3ra. RUTA	7	1,550	4.00			X	X
	ACORIA	HUANCAMELICA	ACORIA 1ra. RUTA	11	1,603	5.27			X	X
			ACORIA 2da. RUTA	6	1,150	5.17			X	X
			ACORIA 3ra. RUTA	7	2,440	6.14			X	X
	SAN MARTIN	ELITES I	EL DORADO	SAN MARTIN DE ALAO	12	2,568	6.17			X
MARISCAL CACERES			HUICUNGO 1ra. RUTA	10	1,639	4.05		X	X	
				HUICUNGO 2da. RUTA	11	1,373	8		X	X
ELITES II		MARISCAL CACERES	CAMPANILLA	13	3,218	3.73	X	X	X	
			SAN MARTIN	TABALOSO 1ra. RUTA	14	1,699	3.5			X
					TABALOSO 2da. RUTA	11	1,979	5.05		

En el caso de Huancavelica los tiempos van entre 3horas25 minutos (ELITES Lircay) y el máximo 6horas14minutos (ELITES Acoria); en ese caso por las características de la zona el desplazamiento es en acémila y a pie.

La población total representa los atendidos al I semestre registrado por los establecimientos de salud y los ELITES, encontrando que en esta última modalidad las poblaciones atendidas son mayores con relación a los establecimientos; ratificando lo anteriormente mencionado sobre las posibilidades de incrementar el acceso por la modalidad de trabajo de los ELITES, a diferencia de los establecimientos de salud cuyo trabajo en mayor proporción se realiza intramuralmente.

El acceso geográfico puede constituir una limitación para que el poblador acuda o no al establecimiento de salud; en términos de la acción multisectorial el Ministerio de Transporte y Comunicaciones está orientado al mejoramiento de los caminos, carreteras u otros similares que permite que algunas poblaciones puedan mejorar su traslado y cuenten con mejores condiciones de carreteras y vías de desplazamiento.

Esta situación no ocurre, con aquellas poblaciones que se ubican cercanos a los ríos, porque necesariamente requieren de medios de traslado tipo peke peke, balsas, motores fuera de borda; lo que se convierte en una barrera, sobretodo si consideramos que la mayor parte de la población de nuestras zonas rurales tiene los medios para utilizar estas embarcaciones. Indagando sobre el costo de los pasajes por este medio van entre S/2.00 a S/10.00 nuevos soles, lo que es considerado como un gasto alto para la población.

Los registros de atención de las microrredes y los planes de actividades extramurales indican que un establecimiento de salud en costa, sierra y selva alcanza a comunidades ubicadas hasta un máximo de 3 horas y realizan seguimiento a gestantes de alto riesgo, niños menores de 1 año que dejan su calendario regular de vacunación, pacientes con tuberculosis y familias de los mismos.

Las comunidades más distantes carecen de la posibilidad de recibir una visita domiciliaria porque ello requeriría que el personal de salud tenga que ausentarse 2 a más días del establecimiento para cubrir esta necesidad y no se cuenta con mayores recursos económicos para que la oferta de servicios de salud disponga de profesionales que puedan realizar por un tiempo mayor las actividades extramurales que abarquen poblaciones más distantes a las 3 horas.

En el caso de la oferta móvil constituida por los ELITES, es la estrategia creada para fortalecer y complementar las acciones recuperativas, preventivo promocionales de la red de servicios de salud, mejorar las coberturas de las áreas materno, infantil, odontológicas, entre otras e ir incorporando a poblaciones ubicadas en comunidades a más de 3 horas del último establecimiento de referencia.

Los resultados de la variable geográfica demuestran que la oferta móvil está cumpliendo con el objetivo de atender a las poblaciones ubicadas a más de 3 horas del último establecimiento de salud de referencia.

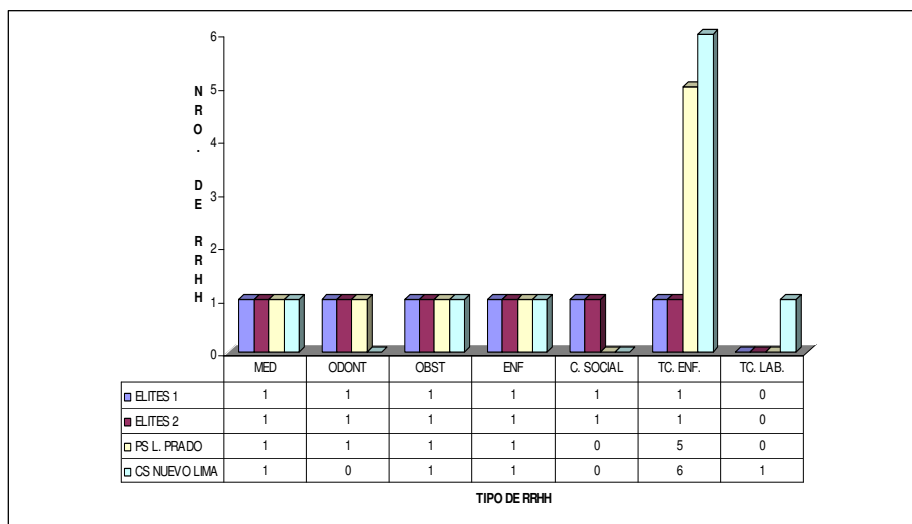
4.1.3 Acceso organizativo

Esta variable está referida a los aspectos organizativos de la oferta fija conformado por los establecimientos de salud y los ELITES que forman parte de la oferta móvil; ambos cuentan con recursos humanos, una cartera de servicios, horario de atención, tarifas, medicamentos e insumos, pero se diferencian por el abordaje en su intervención.

En el gráfico 3 se observa que en la DIRESA San Martín tanto los establecimientos de salud como los ELITES cuentan con un equipo multidisciplinario para garantizar la atención básica; la parte recuperativa está a cargo del médico y los aspectos preventivo promocionales corresponde a los profesionales no médicos.

Asimismo, como parte de sus recursos humanos cuentan con un técnico de laboratorio, que es contratado siempre que el establecimiento de salud cuente con un laboratorio como es el caso del CS Nieva.

GRAFICO NRO. 3
TIPO DE RECURSO HUMANO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DIRESA SAN MARTIN – I SEMESTRE 2002



El científico social es un profesional que forma parte de los ELITES y tiene a su cargo el levantamiento de la información social y cultural de los ámbitos de intervención porque se trata de pobladores que por primera vez están siendo atendidos por un establecimiento formal de salud y no se cuentan con datos que permitan la adecuación del servicio a las costumbres y creencias de estas zonas.

Los técnicos de enfermería son los recursos de mayor número en los establecimientos de salud y tienen a su cargo las actividades de triaje, tópico y admisión en algunos casos; lo encontrado en Huancavelica es una tendencia típica a nivel nacional, inclusive los puestos de salud más lejanos sólo cuentan con este personal de salud.

La asignación de los recursos humanos en la oferta de servicios de salud, está en función de la población asignada y tipo de establecimiento; los centros de salud por tener una mayor capacidad de resolución, cuentan con un equipo de recursos humanos que permite atender los grupos prioritarios como son la madre, niño, emergencias menores y paquetes de tipo preventivo promocional.

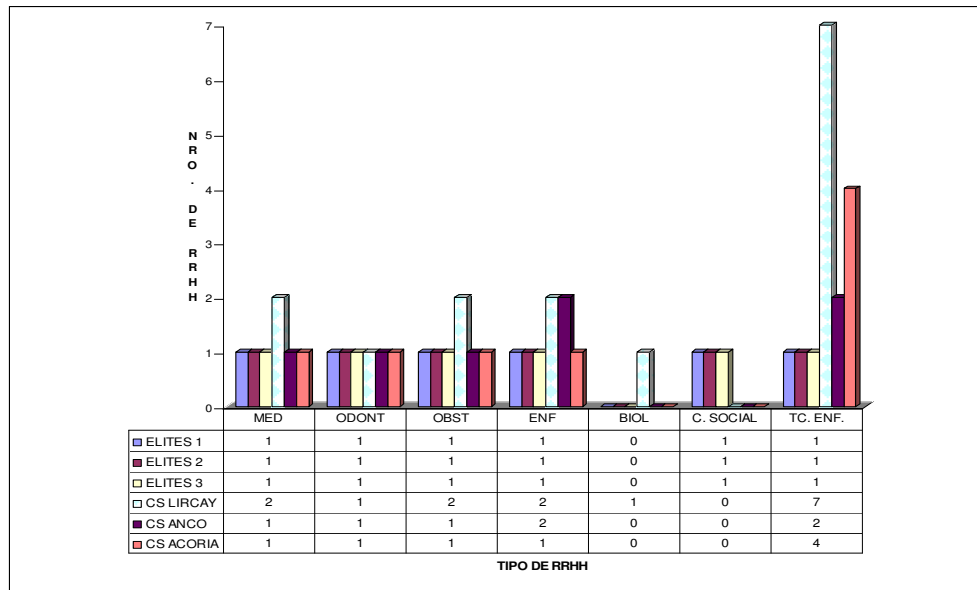
Los puestos de salud por su parte, cuentan con un técnico de enfermería o en el mejor de los casos la atención es brindada por un profesional no médico (enfermera u obstetriz).

Para el caso de los ELITES el personal seleccionado, aparte de tener experiencia en el trabajo extramural requieren contar con un buen estado físico porque el desplazamiento entre una y otra comunidad demanda horas de caminata, escalar, trepar, cruzar ríos, cabalgar. La formación de pre grado de las carreras de salud no contempla esta condición de nuestra compleja realidad peruana.

Los integrantes de los ELITES reciben previo a su salida una capacitación sobre los lineamientos de política del sector, el paquete básico de salud, el llenado de los registros de información y notificación de las enfermedades prevalentes en los ámbitos; en el caso del personal de los establecimientos de salud las capacitaciones se realizan periódicamente y están orientados al manejo de las estrategias nacionales.

En el gráfico 4 observamos que en la DIRESA Huancavelica al igual que en San Martín todos los establecimientos de salud y los ELITES cuentan con un equipo multidisciplinario; el científico social evalúa los aspectos cualitativos socio culturales y los técnicos de enfermería tienen a su cargo las actividades de tópico, entrega de recetas y apoyo en los diferentes servicios.

GRAFICO NRO. 4
TIPO DE RECURSO HUMANO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DIRESA HUANCAMELICA – I SEMESTRE 2002



Esta DIRESA tiene contratado a un biólogo que tiene a su cargo el manejo del laboratorio; si bien no es profesional especialista en el tema, pero la necesidad de servicio y demanda laboral hace que lugares como éste opten por la contratación de un recurso humano afín a la función.

La estructura de un establecimiento de salud es estándar a nivel nacional al igual que en los ELITES; en la tabla 9 muestra que tanto en San Martín como en Huancavelica los servicios que ofrecen y el horario de atención son similares.

TABLA NRO. 9
SERVICIOS QUE OFRECE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y ELITES
DIRESA SAN MARTIN Y HUANCAMELICA
2002

EES	HORARIO ATENCION	ELITES
Consultorio médico	8.00AM - 8.00 PM	Atención médica
Consultorio niño		Atención de enfermería
Consultorio mujer		Salud de la mujer
Consultorio odontológico		Salud oral
PANFAR		Actividades preventivo promocionales
Programa de tuberculosis		Triaje
Saneamiento ambiental		Tópico
Tópico		
Triaje		
Seguro Escolar		

Un establecimiento de salud cuenta con infraestructura propia, alquilada o prestada, el equipamiento ha sido asignado por el Nivel Central, específicamente por dos proyectos de impacto a nivel nacional en la década del 90, el Proyecto Fortalecimiento de Servicios de Salud y el Programa Salud Básica para Todos, siendo su prioridad para este último aquellos establecimientos ubicados en zonas de pobreza y pobreza extrema.

En cuanto a distribución de ambientes, los establecimientos de salud cuentan básicamente con consultorios de medicina, salud del niño, salud de la madre y odontología; los puestos de salud muchas veces no tienen consultorio de odontología y la prestación está a cargo generalmente de un técnico de enfermería. La atención es de 12 horas para los centros de salud y 06 horas para los puestos de salud.

Los ELITES constituyen el complemento de la oferta de salud, con la característica de entregar el servicio en el lugar de residencia de la población excluida y dispersa. Estos equipos itinerantes están adscritos a una cabecera de red o microrred definida por cada DIRESA; sin embargo durante la recolección de datos, se ha encontrado que en aquellos establecimientos que cuentan con un solo recurso humano de salud (son los puestos de salud más lejanos a las redes) desean aprovechar la presencia de los ELITES para

incrementar sus coberturas de salud. Esta desviación de la metodología de intervención debe ser corregida con un monitoreo permanente, debido a que el rol de las redes de salud es garantizar la atención a la población que reside en un radio de intervención de hasta 3 horas desde el último establecimiento de salud de referencia. Las comunidades más lejanas son el objetivo de los ELITES.

Cuando los ELITES inician su intervención en las localidades programadas, desplazan el equipamiento básico, insumos y medicamentos; la instalación se realiza en un lugar previamente coordinado con los representantes o líderes comunales; la atención es gratuita, inclusive la entrega de medicamentos, quedando como constancia la atención registrada en la historia clínica y en el caso de la prescripción de medicamentos se guarda la copia de la receta entregada al usuario o beneficiario.

La aprobación para el financiamiento de los ELITES se hace con una ficha técnica que sustenta las características de pobreza, extrema pobreza, inaccesibilidad geográfica y presencia de un número de localidades y centros poblados. Una vez aprobada la ficha técnica, se programa el presupuesto para los materiales de consumo, medicamentos, equipamiento básico y vestuario para los integrantes.

Sobre los resultados obtenidos en la variable organización, se tiene como referencia que en las últimas décadas se han dado cambios sustanciales en la organización de servicios de salud y en consecuencia, en la implantación de documentos normativos para mejorar la prestación de los servicios de salud; estos cambios han tenido impacto en rubros tales como la planificación de los servicios de salud, la regionalización operativa, la estratificación por niveles de atención, la simplificación administrativa, la descentralización y en las estrategias operativas.

La atención primaria de la salud se ha presentado como la opción de los programas de salud con medios aceptables por la comunidad, con su plena participación y a un costo razonable; la atención primaria es parte integral del

Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo social y económico de la población. De esta manera los ELITES como estrategia que prioriza las acciones preventivo promocionales, contribuyen no sólo con la disminución de la brecha de inequidades, sino también genera una contribución de desarrollo local en las poblaciones beneficiarias y un desarrollo económico, porque genera mayores posibilidades de producción al tener un buen estado de salud.

Como parte del mejoramiento de la organización de los servicios de salud debe incorporarse a los recursos comunitarios e institucionales, de manera que se garantice la sostenibilidad de las acciones de promoción y prevención cuando los ELITES no se encuentran en las zonas de intervención y también para los establecimientos de salud en el apoyo a las acciones de seguimiento.

El componente de organización según Donabedian considera dentro de la estructura a los aspectos de la organización que no presentan mayores cambios, como horario de atención, esquemas de trabajo (intra o extramural), tarifas establecidas, disponibilidad de personal (profesionales, técnicos y de servicios), así como de medicamentos y exámenes de laboratorio (27).

En el caso de los servicios de salud y los ELITES de las DIRESAS Huancavelica y San Martín siguen exactamente la estructura organizativa planteada por Donabedian, lo que no se da en la oferta de servicios de salud porque está sujeta a la disponibilidad presupuestal, lo que le limita la posibilidad de dar un mejor servicio con calidad y oportunidad.

El proceso de atención comprende el tiempo de espera para la atención, tiempo de consulta, las interacciones entre el personal y el usuario, coordinaciones y/o facilidades de interconsultas con especialistas, posibilidad de selección del médico tratante por parte de la madre, tiempo de permanencia del médico tratante en el establecimiento.

Los pobladores pobres, los indígenas y los residentes de las áreas rurales que demandan los servicios de salud, dependen casi totalmente de los servicios de salud del Estado, por ello incrementar el acceso a los servicios de salud deben formar parte de la agenda sanitaria y de los Lineamientos de Política.

Un sistema organizado de salud no es un indicador que refleje la mejora del acceso al sistema formal de salud de la población dispersa y excluida porque existen otros factores que también condicionan este acceso; sin embargo, el acceso organizativo, puede considerarse como un factor determinante para que un usuario opte o no por acudir a un establecimiento de salud; es decir, en la medida que este centro asistencial cuente con el personal que le resuelva los problemas de salud, respete los horarios de atención, cuente con los medicamentos a precios módicos, será posible mantener la demanda de atención.

4.2 INDICADORES DE PROCESO

4.2.1 Intensidad y extensión de uso

Los resultados de la tabla 10 muestran al concluir el I semestre que en San Martín la intensidad de uso tanto en los establecimientos de salud como en los ELITES están por debajo del estándar que es 3 a 4, es decir el poblador es visto por el establecimiento de salud una sola vez.

En el caso de Huancavelica, los resultados son similares en cuanto a intensidad de uso, es decir el poblador ha sido visto por el establecimiento durante los seis primeros meses del año una sola vez.

TABLA NRO. 10
RESULTADOS DE PROCESO DIRESA SAN MARTIN Y HUANCVELICA
I SEMESTRE 2002

DIRESA RESULTADOS	POBLACION PROGRAMADA AÑO		ATENDIDOS		ATENCIONES		INTENSIDAD DE USO		EXTENSION DE USO	
	EESS	ELITES	EESS	ELITES	EESS	ELITES	EESS	ELITES	EESS	ELITES
SAN MARTIN	63,205	47,747	7,041	12,228	11,216	12,382	1.59	1.01	11.14	25.61
HUANCVELICA	240,500	53,665	13,588	16,636	14,185	22,237	1.04	1.34	5.65	31.00

La extensión de uso al I semestre en los establecimientos de salud de San Martín está en 11.14% mientras que en los ELITES ha alcanzado el 25.61%, cuyos resultados están por debajo del estándar que es alcanzar un 30 a 40%.

En Huancavelica, la extensión de uso muestra inconsistencia de data en los establecimientos de salud, de lo contrario no podría justificarse el 5.65% alcanzado hasta el I semestre del año; mejores resultados han obtenido los ELITES teniendo una extensión de 31% que puede considerarse adecuado para el periodo, además que justifica el desplazamiento de los equipos hacia la población.

El problema de data de la información es un fenómeno común en regiones consideradas pobres, debido a que no hay una capacitación al personal de salud sobre el sistema de información, manejo del HIS y la importancia de mantener actualizados los registros de información.

La extensión de uso es definida como la proporción de la población que hace uso de un servicio durante un periodo de tiempo determinado. La expresión es en tasas que varía según el tamaño de la población que se toma como referencia, mientras que la intensidad de uso es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo determinado⁴.

⁴ La intensidad de uso también es conocida como Concentración de Uso

Si analizamos la extensión de uso, los registros históricos del MINSA indican que el promedio mensual es de 7 a 8%, es decir al I semestre se espera una extensión de uso de 42% promedio para ser considerado adecuado. Los resultados de los establecimientos y ELITES priorizados la extensión de uso está por debajo de lo esperado al semestre, pero adecuado para las características de dispersión y exclusión de las zonas.

La intensidad de uso o concentración idónea de acuerdo a los registros históricos del MINSA es 4, lo que nos permite deducir que la frecuencia de las intervenciones tanto en los establecimientos de salud como en los ELITES está por debajo del promedio; esto también se sustenta en el caso de los establecimientos de salud porque se espera la llegada de los usuarios y en el caso de los ELITES por la lejanía de las comunidades a intervenir, sólo que en este caso es el personal de salud que llega hasta la población.

Los resultados de la extensión e intensidad de uso pueden sustentarse por la dispersión de las poblaciones objetivo y la lejanía de los establecimientos para llegar con mayor frecuencia.

La extensión de uso en ambos ámbitos del estudio, indican que los ELITES han obtenido mejores resultados por la modalidad de desplazamiento del servicio hacia la demanda, garantizando que el servicio llegue a la población programada para la intervención. A pesar que la intervención de los ELITES inició en febrero, el servicio llegó oportunamente y alcanzó resultados adecuados para el I semestre 2002, por las características de la población y del acceso.

Sobre la extensión de los servicios, existen experiencias sobre estrategias sanitarias orientadas a este fin, sobre todo en poblaciones que aun no han sido atendidas. Una de ellas ha sido propuesta por la Secretaría General de los Estados Americanos (17) que planteó la extensión de la cobertura y asistencia del I nivel a través de la conformación de un equipo humano interdisciplinario para adelantar actividades de investigación básica, prevención y asistencia a primer nivel en las áreas extramurales identificadas. La propuesta propuso

brindar servicios de atención primaria en salud a toda la población rural y urbano marginal de la región fronteriza amazónica colombo-ecuatoriana, durante un periodo de cinco años, utilizando 49 grupos de atención primaria de salud que estuvieron conformados cada uno por un médico general, del año rural o servicio social obligatorio; una enfermera licenciada, del año rural o servicio social obligatorio; dos auxiliares de enfermería y un tecnólogo en saneamiento básico. Estos grupos realizaron prioritariamente acciones de barrido por áreas geográficas con acciones promocionales, preventivas, educativas, asistenciales y de mantenimiento. Esta propuesta consideró el aporte de los agentes comunitarios (17).

Los resultados de proceso obtenidos tanto en San Martín como en Huancavelica llaman la atención por cuanto se espera que el establecimiento por tener una población programada de manera regular obtenga una mejor intensidad de uso, es decir se podría esperar que al concluir el I semestre el poblador haya recibido del establecimiento por lo menos 2 consultas.

En el caso de los ELITES la intensidad de uso es justificada debido a que la intervención en cada centro poblado se da entre 3 a 4 veces al año y se espera que en cada ingreso el poblador reciba alguna atención de la oferta móvil. Por el periodo en el cual se ha obtenido los datos el resultado es aceptable.

Al considerarse que los ELITES son establecimientos de salud itinerantes, la comparación con los resultados obtenidos por los centros y puestos de salud es válida, porque esa característica de itinerancia hace que se cumpla con la extensión del servicio dentro del periodo programado.

4.3 INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

4.3.1 Morbilidad

Debe mencionarse en esta parte del estudio que la morbilidad es el componente de más difícil medición dentro del proceso salud enfermedad y la información referida a las enfermedades está influenciada por una serie de factores que deben ser tomados en cuenta a fin de interpretar adecuadamente los datos captados y procesados.

En primer lugar, a diferencia de la mortalidad, la morbilidad no se presenta en eventos únicos, sino que el mismo daño, en la misma persona, puede repetirse varias veces en el año; añadido a ello está el hecho de que la forma de organización de los servicios y los paquetes o programas de prestación condicionan el registro más acucioso de algunos daños pero también pueden limitar el registro de otros; finalmente, no debemos olvidar que los datos de morbilidad registrados en los servicios de salud expresan sólo a la demanda manifestada en búsqueda de atención pero no dicen nada de la demanda que no llega a expresarse de ese modo, la cual puede ser de magnitud considerable, especialmente en los grupos poblacionales excluidos, con limitado acceso no sólo a servicios de salud sino también a otros servicios básicos (32).

Al revisar los registros de la morbilidad reportada en los ámbitos de estudio, las tablas 11 y 12 muestran que en Huancavelica la primera causa de morbilidad registrada por los establecimientos de salud y los ELITES fue la rinofaringitis con el 17.45% y 24.32% respectivamente.

Los otros daños registrados en esta región están relacionados con las condiciones de saneamiento ambiental, alimentación y enfermedades propias de la región, así tenemos los casos de micosis y parasitosis en los establecimientos de salud y parasitosis, escabiosis y dermatomicosis para el caso de los ELITES.

TABLA NRO.11
CONSOLIDADO DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGÚN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DIRESA HUANCAMELICA – I SEMESTRE 2002

Nº DE ORDEN	DAÑOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	RINOFARINGITS	2,359	17.45	17.45
2	FARINGITIS AGUDA	2,085	15.42	32.87
3	SINTOMATICO RESPIRATORIO	1,600	11.84	44.71
4	GASTRITIS	1,048	7.75	52.46
5	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	1,036	7.66	60.13
6	MICOSIS	1,030	7.62	67.75
7	PARASITOSIS	1,128	8.34	76.09
8	TRAUMATISMO	1,115	8.25	84.34
9	LUMBALGIA	1,114	8.24	92.58
10	HERIDA INFECTADA	1,003	7.42	100.00
TOTAL		13,518	100.00	

TABLA NRO. 12
CONSOLIDADO DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGÚN LOS ELITES
DIRESA HUANCAMELICA – I SEMESTRE 2002

Nº DE ORDEN	DAÑOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	RINOFARINGITIS	4,022	24.32	24.32
2	PARASITOSIS	3,567	21.57	45.90
3	GASTRITIS AGUDA	1,856	11.22	57.12
4	LUMBALGIA	1,566	9.47	66.59
5	CEFALEA	1,361	8.23	74.82
6	FARINGITIS AGUDA	1,344	8.13	82.95
7	SINTOMATICO RESPIRATORIO	1,305	7.89	90.84
8	ESCABIOSIS	1,118	6.76	97.61
9	CARIES DE LA DENTINA	327	1.98	99.58
10	DERMATOMICOSIS	69	0.42	100.00
TOTAL		16,535	100.00	

La tabla 13 muestra que en la DIRESA San Martín por el contrario, la primera causa de morbilidad registrada por los establecimientos de salud fueron las otras infecciones de las vías respiratorias superiores (17.75%) y en los ELITES que se muestra en la tabla 14 fue la parasitosis intestinal (17.70%)

TABLA NRO. 13
CONSOLIDADO DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGÚN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DIRESA SAN MARTIN – I SEMESTRE 2002

Nº DE ORDEN	DAÑOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	OTRAS INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1248	17.75	17.75
2	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	1196	17.01	34.76
3	PARASITOSIS	1188	16.90	51.66
4	OTRAS DORSOPATIAS	1073	15.26	66.92
5	CISTITIS	856	12.17	79.09
6	OTRAS ENFERMEDADES DEL OIDO	572	8.14	87.23
7	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	409	5.82	93.05
8	CARIES DE LA DENTINA	338	4.81	97.85
9	MICOSIS SUPERFICIAL	89	1.27	99.12
10	MIGRAÑA Y OTROS SINDROMES DE CEFALEA	62	0.88	100.00
TOTAL		7031	100.00	

TABLA NRO. 14
CONSOLIDADO DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGÚN LOS ELITES
DIRESA SAN MARTIN – I SEMESTRE 2002

Nº DE ORDEN	DAÑOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	PARASITOSIS INTESTINAL	2,132	17.70	17.70
2	SINDROME VAGINITIS	2,030	16.85	34.55
3	CEFALEA TENSIONAL	2,009	16.67	51.22
4	MICOSIS SUPERFICIAL	2,002	16.62	67.84
5	CARIES DE LA DENTINA	1,885	15.65	83.48
6	INFECCION TRACTO URINARIO	1,400	11.62	95.10
7	BRONQUITIS AGUDA	185	1.54	96.64
8	FARINGITIS AGUDA	190	1.58	98.22
9	DORSALGIA	167	1.39	99.60
10	CONJUNTIVITIS AGUDA	48	0.40	100.00
TOTAL		12,048	100.00	

Las causas de morbilidad son similares en un mismo espacio geográfico, pudiendo ser manejadas con un abordaje integral, de tipo recuperativo y preventivo promocional; algunas relacionadas con las características

climatológicas y otras, enfermedades que están por fuera de los registros oficiales del MINSA.

Las infecciones de las vías respiratorias son daños que se han producido en ambos espacios geográficos y es considerada como la principal causa de mortalidad infantil en el Perú; los cuales están asociados a ciertos factores tales como el bajo peso al nacer, la desnutrición proteico calórico, la contaminación del ambiente intradomiciliario y la falta de inmunización contra enfermedades inmuno prevenibles (31).

La Oficina General de Epidemiología (OGE) reportó durante el año 2000 a los departamentos de Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Cajamarca y Ucayali como los de mayor incidencia acumulada de infecciones respiratorias; sin embargo, también encontró que existe poca correlación y bajas incidencias de neumonía en la sierra norte y sur, pudiendo estar en función de la efectividad de los programas que se orientan a conseguir la demanda precoz por servicios, antes de que las IRAs evolucionen a neumonía (32).

Otro daño registrado en los establecimientos de salud y los ELITES es la parasitosis, la cual es considerada como uno de los grandes problemas de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud la considera como una de las principales causas de morbilidad; estrechamente ligada a la pobreza y relacionada con la inadecuada higiene personal y de los alimentos crudos, la falta de servicios sanitarios, la falta de provisión de agua potable y contaminación fecal del ambiente. Respecto a su comportamiento, la parasitosis infecta a personas de todas las edades, pero la sufren principalmente los niños, lo que les causa trastornos del crecimiento y desarrollo.

La construcción del perfil de morbilidad y mortalidad se hace en función a los registros existentes para la notificación oportuna de las enfermedades y es monitorizada por la OGE. Para el caso de los ELITES por considerarse un servicio dirigido a poblaciones que nunca o esporádicamente han sido atendidos por un establecimiento de salud, no se contaba con información que indicara su perfil de morbi mortalidad.

Con el ingreso de los ELITES a estas poblaciones se generó una matriz que permitió la obtención de la morbilidad y mortalidad de la población. Este mismo formato ha sido utilizado por los establecimientos de salud que forman parte de la jurisdicción de los ELITES, permitiendo la sistematización de la morbilidad por grupos de edad y tipo de servicios ofrecidos.

La vigilancia epidemiológica brinda información sobre la existencia de riesgos y daños de la salud, así como factores condicionantes y determinantes de los mismos para tomar, oportuna y adecuadamente las medidas de intervención que corresponden. Esta información es registrada semanalmente en los formatos remitidos por el nivel central y es procesada en la Oficina de estadística e informática de la respectiva región.

La información sobre mortalidad y morbilidad resulta muy valiosa según el tiempo, lugar y las personas, por lo que es necesario contar con la información oportuna y sistematizada; sin embargo, por mucho tiempo las redes de salud desconocían el estado situacional de salud de muchas de las poblaciones que ahora son atendidas por los ELITES. De no contar con información epidemiológica sobre los principales daños de las comunidades, es imposible interpretar los datos y preparar la intervención de salud acorde a las reales necesidades sanitarias de cada zona.

Contar con la información epidemiológica de manera oportuna permitirá definir y priorizar a los grupos poblacionales que tienen comprometido su estado de salud, lo que los ubica como fuente de primer orden al momento de destinarse prioritariamente los recursos sanitarios.

Además los grupos con mayor morbi mortalidad tienen alto riesgo de presentar un peor estado de salud en los periodos sucesivos. Por lo tanto, intervenir en estas poblaciones no sólo elimina los problemas de salud encontrados, sino que también mejora el pronóstico de su situación de salud a futuro.

El esfuerzo de los integrantes de los ELITES resulta muy importante porque ahora se cuenta con información sobre el perfil de salud de determinadas poblaciones, donde por mucho tiempo el silencio epidemiológico fue un factor crítico. La estimación de la morbi mortalidad para describir las características de los principales problemas de salud es por tanto un importante aporte de los ELITES.

En los establecimientos de salud, las oficinas de inteligencia sanitaria o sus símiles, tienen a su cargo el levantamiento de la información sobre morbilidad y mortalidad, además existe a nivel nacional una red de vigilancia epidemiológica, que permite conocer el estado de salud de las Direcciones Regionales de Salud, incluyendo Lima y Callao y la información de los ELITES debe incorporarse a este sistema.

Para que el sector salud cumpla eficazmente con sus funciones de rectoría, es precisa la planificación permanente de sus acciones, por lo tanto, un aspecto clave en el proceso de análisis de una situación de salud, es la medición de los problemas de salud, representados concretamente con los enfermos y muertos, como signos evidentes y tangibles de tales problemas.

Por ejemplo, si en una comunidad endémica a determinada enfermedad existen personas con diagnóstico positivo a la enfermedad, la información epidemiológica es importante para organizar los recursos existentes y obtener, desde otro nivel del sistema de servicios sanitarios, el apoyo tradicional para la atención de todos los enfermos.

Sin embargo, la morbilidad y mortalidad miden eventos tangibles de un proceso complejo denominado enfermedad. Si bien es importante, no es suficiente para el conocimiento integral de los problemas de salud. Puede definirse el espectro de la enfermedad como la secuencia de hechos que acontecen en el organismo humano desde una situación denominada como “normal” o “estar sano” hasta el de la muerte.

De otro lado, debe considerarse también la relevancia del manejo de información para el análisis según el nivel donde se ubique el equipo de inteligencia sanitaria. No es lo mismo estar en el nivel central que estar en las cabeceras de microrredes. Cuanto más local esté ubicado el equipo, más pequeña será la unidad de análisis y viceversa, cuanto más central, la unidad será más agregada. Por lo tanto, la unidad de análisis a establecer va a depender, también donde se ubique el equipo de análisis.

Es importante resaltar la importancia de considerar el centro poblado como unidad de análisis, debido a que permitirá extender efectivamente muchas acciones de salud, en particular la de las poblaciones dispersas, que históricamente no se contaba con información.

Para cerrar esta parte de la discusión, debemos mencionar que al momento de analizar la morbilidad se debe distinguir claramente los problemas de escasa y alta externalidad porque significa que deben desarrollarse estrategias diferenciadas.

Para los problemas con escasa o nula externalidad, el Estado no tiene responsabilidad por financiar los costos asociados a su atención. Probablemente le asisten algún nivel de responsabilidad por el financiamiento de los problemas de salud de la población con escasos recursos. En cambio, si tiene responsabilidad por ofrecer servicios que cubran la atención de este tipo de problemas, a lo largo de su red de establecimientos de salud. Brindar esta oferta asegura, aún cuando no lo financie, una alta probabilidad que sean resueltos estos problemas debido a que plantea un estándar de calidad y costo en la atención que contribuyen a fortalecer la elección del usuario (búsqueda de atención en MINSA o en otros proveedores).

Para los principales problemas de salud con alta externalidad negativa, el Estado tiene implementado los Programas de Salud, destinando los recursos públicos de financiamiento correspondiente, aun cuando sean provistos por otros proveedores distintos del MINSA. En estos casos, el Estado financia la totalidad de la atención requerida para atender estos problemas de salud y otra

parte puede ser encontrada también en otros proveedores como ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales e incluso algunos del sector privado.

4.4 FACTORES QUE FAVORECEN EL ACCESO A LA OFERTA FIJA Y LA OFERTA MÓVIL

El acceso está condicionado por la posibilidad de pago de los usuarios, la cercanía del establecimiento al poblador o la concepción de los pobladores respecto al manejo de enfermedades; sin embargo los resultados de la investigación demuestran que el aspecto cultural y la opinión de los usuarios también influyen en el acceso hacia algo nuevo como es recibir una consulta médica, de enfermería o de autocuidado, lo que se describe a continuación.

4.4.1 Características de la población entrevistada

En cuanto a los cargos de las personas entrevistadas la tabla 15 presenta que en los establecimientos de salud de San Martín el 60% son amas de casa y de los usuarios de ELITES el 80%.

En la Huancavelica el 50% los usuarios entrevistados en los establecimientos de salud son agricultores y el 80% son amas de casa.

TABLA NRO. 15
SAN MARTIN – HUANCAVELICA: CARGO DE LAS PERSONAS
ENTREVISTADAS I
I SEMESTRE 2002

DIRESA	CARGO	EESS		ELITES	
		Nº	%	Nº	%
SAN MARTIN	Promotor	4	20	2	10
	Ama de casa	12	60	16	80
	Agricultor	4	20	2	10
	TOTAL	20	100	20	100
HUANCAVELICA	Promotor	9	30	3	10
	Ama de casa	6	20	24	80
	Agricultor	15	50	3	10
	TOTAL	30	100	30	100

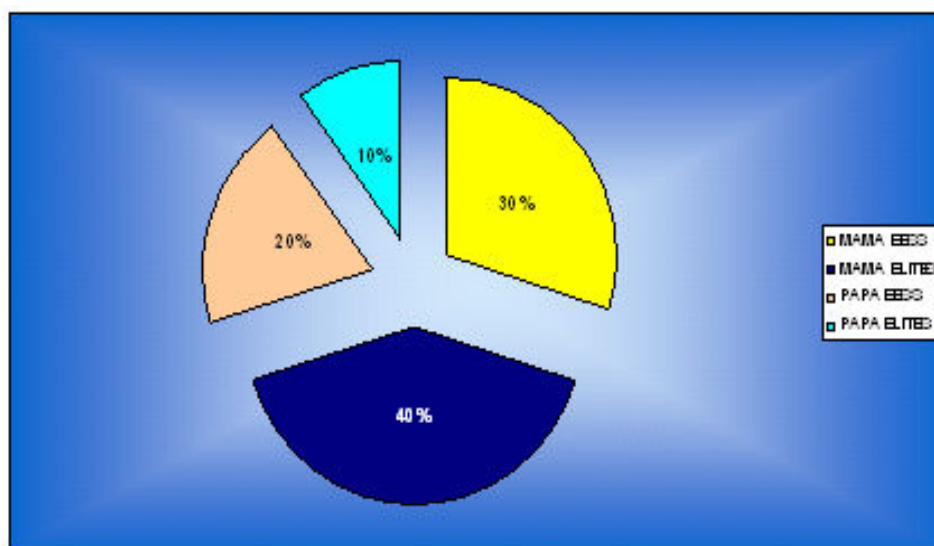
Al indagar sobre el lugar de residencia de los entrevistados, la tabla 16 nos muestra que en San Martín y Huancavelica el mayor porcentaje de los que acuden a los establecimientos de salud y a los ELITES reside en centros poblados.

TABLA NRO. 16
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS
ENTREVISTADOS
I SEMESTRE 2002

DIRESA	TIPO DE COMUNIDAD	EESS		ELITES	
		Nº	%	Nº	%
SAN MARTIN	CENTRO POBLADO	16	80	18	90
	ANEXO	2	10	0	0
	LOCALIDAD	2	10	2	10
TOTAL		20	100	20	100
HUANCAMELICA	CENTRO POBLADO	18	60	30	100
	ANEXO	9	30	0	0
	LOCALIDAD	3	10	0	0
TOTAL		30	100	30	100

Al indagar sobre la posición familiar, el gráfico 5 indica que en San Martín el 40% de las usuarias de ELITES y el 30% de las usuarias de los establecimientos de salud son madres. La diferencia porcentual corresponde a los padres de familia que acuden al establecimiento de salud y los ELITES.

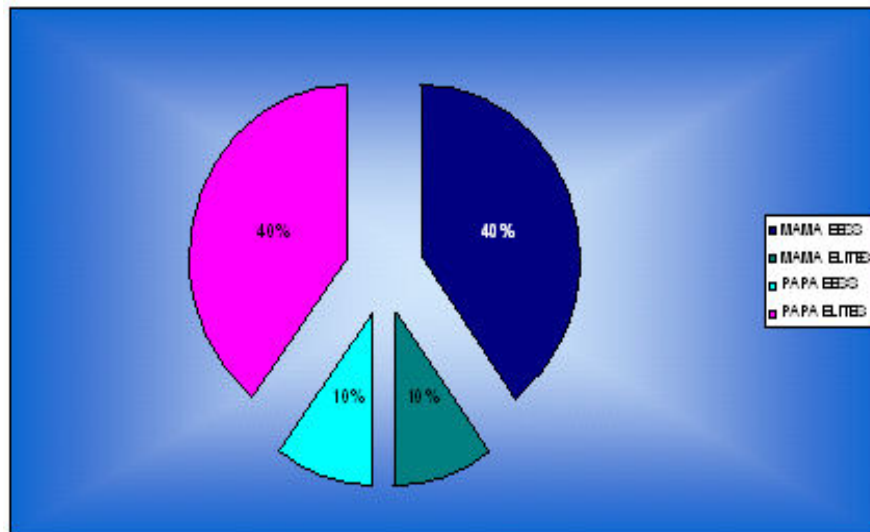
GRAFICO NRO. 5
POSICION FAMILIAR DEL ENTREVISTADO DIRESA SAN MARTIN
I SEMESTRE 2002



El gráfico 6 muestra que en Huancavelica por el contrario, la distribución porcentual alcanza el 40% para madres que acudieron al establecimiento de

salud y el mismo porcentaje de los que acudieron a los ELITES son padres de familia.

GRAFICO NRO. 6
POSICION FAMILIAR DEL ENTREVISTADO DIRESA HUANCAMELICA I
SEMESTRE 2002



Sobre el grado de instrucción de las personas entrevistadas la tabla 17 muestra que el mayor porcentaje de los que acuden al establecimiento de salud en San Martín tienen primaria completa (50%) y los que son atendidos por los ELITES tienen primaria completa e incompleta en un mismo porcentaje (40%).

TABLA NRO. 17
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: GRADO DE INSTRUCCIÓN POBLACION
ENTREVISTADA
I SEMESTRE 2002

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SAN MARTIN				HUANCAMELICA			
	EES	%	ELITES	%	EES	%	ELITES	%
PRIMARIA COMPLETA	10	50	8	40	9	30	3	10
PRIMARIA INCOMPLETA	4	20	8	40	21	70	27	90
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	30	4	20				
TOTAL	20	100	20	100	30	100	30	100

En el caso de Huancavelica el 70% de usuarios del establecimiento de salud tienen primaria incompleta y de los beneficiarios de los ELITES el 90% tienen el mismo nivel de instrucción.

Otro aspecto también indagado fue sobre las edades de los entrevistados que se presenta en la tabla 18, encontrando en San Martín que el 30% de las personas que acudieron al establecimiento tienen entre 26 a 30 años y el mismo porcentaje se encontró en los usuarios de los ELITES en el mismo grupo de edad, junto con aquellos que tienen entre 31 a 35 años.

TABLA NRO. 18
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: RANGO DE EDADES DE LOS
POBLADORES ENTREVISTADOS
I SEMESTRE 2002

RANGO	SAN MARTIN				HUANCAMELICA			
	EESS		ELITES		EESS		ELITES	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
20-25	2	10	4	20	3	10	6	20
26-30	6	30	6	30	6	20	3	10
31-35	2	10	6	30	9	30	9	30
36-40	2	10		0	3	10		0
41-45		0	2	10	6	20	3	10
46-50	4	20	2	10	3	10	3	10
51-55	2	10		0		0		0
56-60		0		0		0	3	10
61-65	2	10		0		0	3	10
	20	100	20	100	30	100	30	100

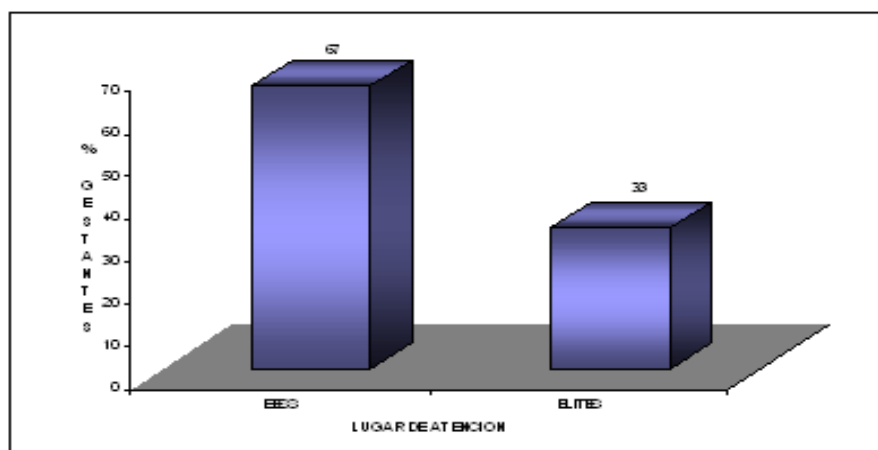
En Huancavelica el 30% de los que acudieron al establecimiento de salud y a los ELITES tienen entre 31 a 35 años.

4.4.2 Aspectos de salud

Para esta parte del análisis se ubicó a los grupos vulnerables como son las mujeres gestantes y los niños menores de 5 años, entrevistando a las madres que llevaron a sus niños a su consulta.

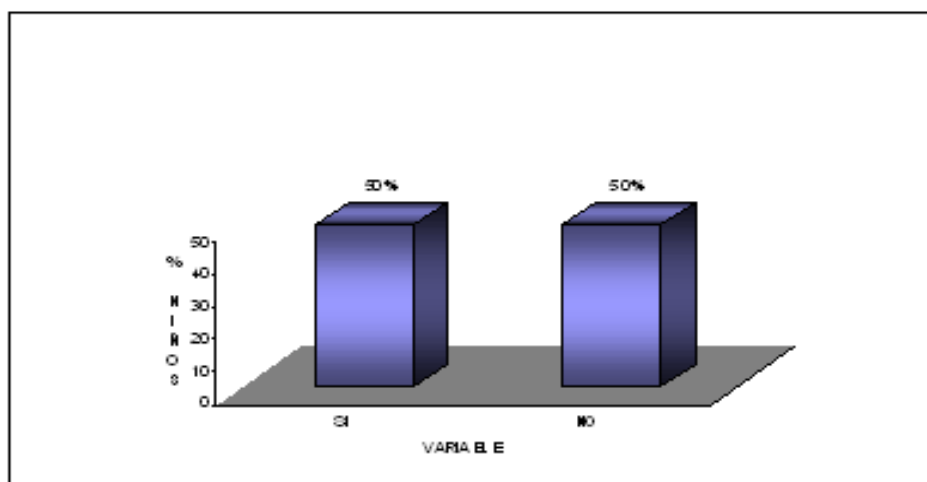
El gráfico 7, sobre las gestantes entrevistadas el 67% se controlaba en el establecimiento de salud y el 33% por el equipo itinerante.

GRAFICO NRO. 7
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: LUGAR DE ATENCION DE LA
GESTANTE
I SEMESTRE 2002



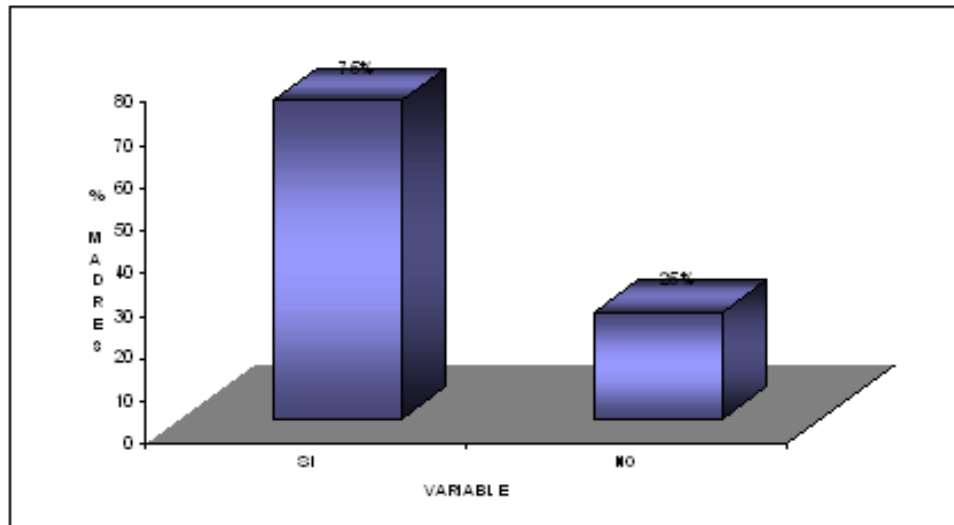
Al indagar a la madre si sabía que su niño había sido vacunado, el gráfico 8 nos muestra que el 50% respondió afirmativamente y el otro 50% respondió que no sabía si habían realizado este procedimiento a su niño.

GRAFICO NRO. 8
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: NIÑO MENOR DE 5 AÑOS QUE RECIBIO
VACUNA



De las madres que llevaron a sus hijos para ser vacunados el gráfico 9 nos muestra que el 75% manifestó que recibió explicación sobre los beneficios de la vacuna.

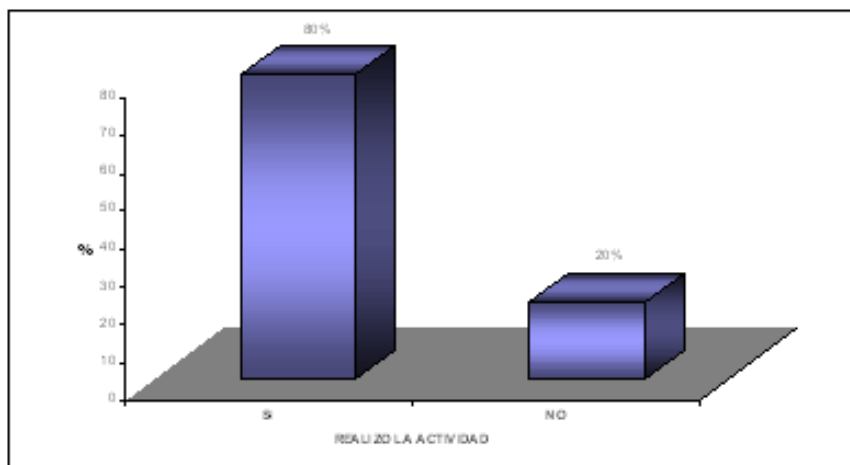
GRAFICO NRO. 9
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: RECIBIO EXPLICACION SOBRE LOS
BENEFICIOS DE LA VACUNA



Lo referido a crecimiento y desarrollo, las madres identificaron esta actividad como el hecho que una “señorita ve a mi hijito”, “lo sube en un aparatito, me dice como cuidar y alimentar a mi niño”, “me dice si mi hijo está flaquito y sanito”.

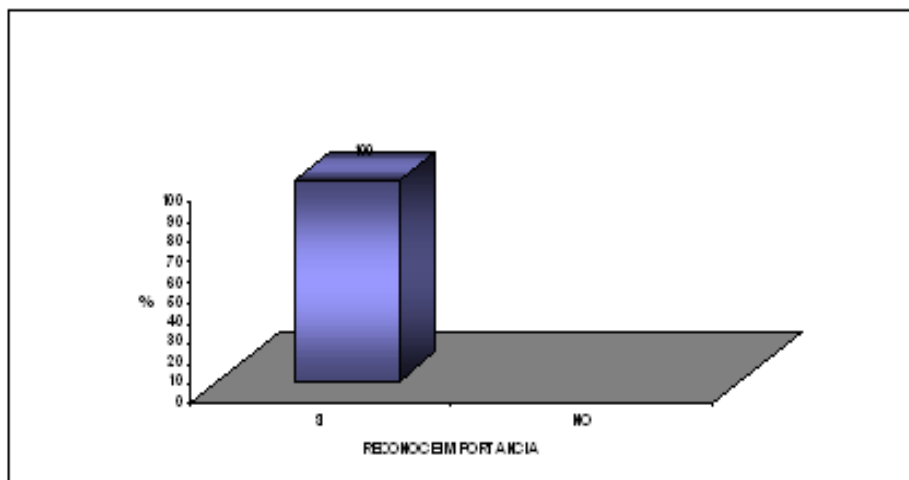
El gráfico 10 muestra que el 80% de las madres que tienen niños menores de 5 años respondieron que sí realizan esta actividad a su niño.

GRAFICO NRO. 10
SAN MARTIN – HUANCAVELICA: CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN
MENOR DE 5 AÑOS



Asimismo, en esta parte de la entrevista se preguntó a las madres si consideraban importante el hecho que una señorita vea a su niño y le dé consejos sobre cuidado de su salud y alimentación evidenciando en el gráfico 11 que el 100% dieron respuestas positivas.

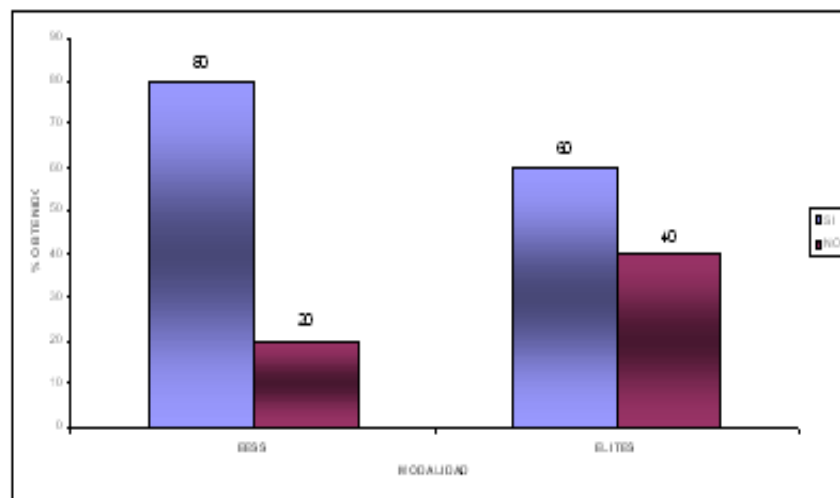
GRAFICO NRO. 11
SAN MARTIN – HUANCAVELICA: RECONOCE LA IMPORTANCIA DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO



4.4.3 Percepción de los servicios de salud

A la pregunta ¿considera que es necesario el cuidado de la salud?, en la DIRESA San Martín el gráfico 12 muestra que los usuarios de los establecimientos de salud y de los ELITES consideraron importante el cuidado de la salud.

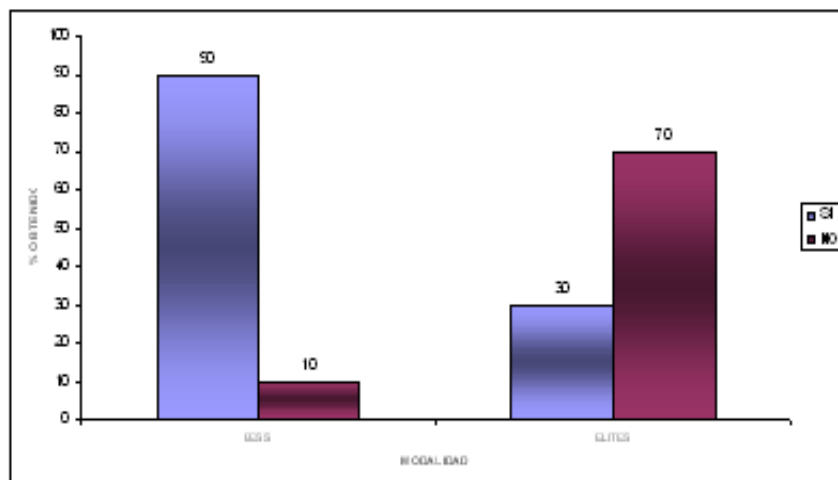
GRAFICO NRO. 12
DIRESA SAN MARTIN: CONSIDERA NECESARIO EL CUIDADO DE SALUD
I SEMESTRE 2002



A pesar que los pobladores de San Martín beneficiados por los ELITES recientemente conocen lo que es un servicio de salud han empezado a reconocer que un buen estado de salud es favorable para ser productivos en su familia y en su trabajo.

En la DIRESA Huancavelica el 90% de usuarios que acuden al establecimiento de salud reconocieron necesario el cuidado de la salud y el 70% de los usuarios de los ELITES consideraron que no es importante lo que es presentado en el gráfico 13.

GRAFICO NRO. 13
DIRESA HUANCAMELICA: CONSIDERA NECESARIO EL CUIDADO DE
SALUD I SEMESTRE 2002



Estos resultados indican que en el ámbito selva la mayoría de usuarios que viven en las zonas dispersas le dan cierto valor al cuidado de su salud a diferencia del poblador de la sierra, esto puede sustentarse porque los centros y puestos de salud en los departamentos de selva (San Martín, Loreto, Madre de Dios) realizan varias charlas educativas y le dan un tiempo para orientar a los usuarios en aspectos preventivo promocionales.

En el caso del poblador que acude a un establecimiento móvil es una persona que recién está conociendo lo que es una atención, reconoce a alguien ajeno a su realidad que llega a su comunidad para revisarlo y darle algunos consejos sobre aspectos que son nuevos para su conocimiento, lo que podría explicar los resultados obtenidos en Huancavelica.

Algo diferente son los resultados de un estudio publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que demostró que los usuarios de menores recursos no perciben su estado de mala salud o enfermedad, por eso tienden a no asistir a los establecimientos de salud, aunque estos sean gratuitos. La población de menores recursos no perciben su mal estado de salud o de enfermedad y como tal, no demanda servicios de salud para solucionar sus

problemas (9); situación que puede ser modificada con una adecuada orientación sobre la importancia de mantenerse sanos.

Este estudio reveló también que entre los diferentes grupos de ingreso existen muy pocas diferencias en la percepción de enfermedad o dolencias, a pesar que los grupos de menores ingresos se enferman con mayor frecuencia pierden más días de trabajo por enfermedad y viven menos años que los de mayores ingresos (9).

Una persona puede tener tos, diarrea, dolor de cabeza y los percibe como normales. Su percepción de que estos síntomas de enfermedad o dolencia deben ser atendidos, no existe.

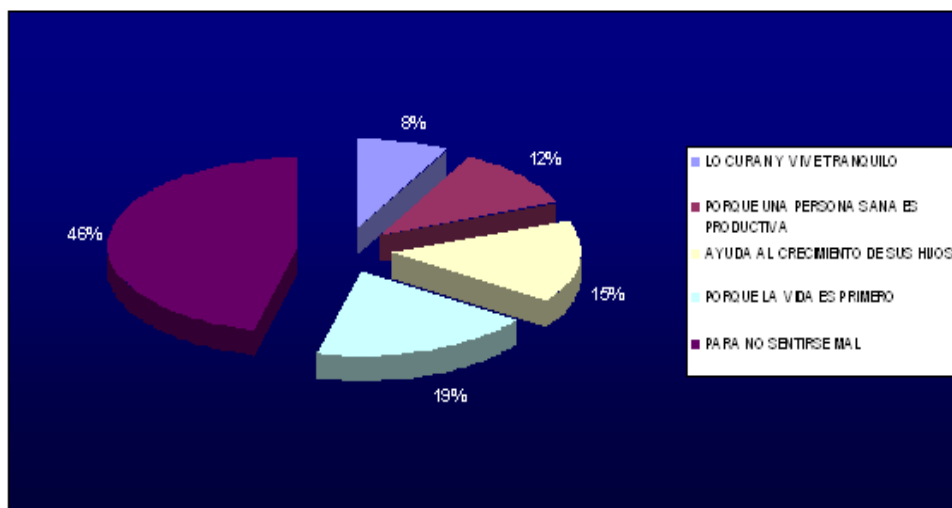
Si las personas no perciben su sintomatología deben ser atendidos, entonces no va a demandar servicios de salud, de manera que hay urgencia de reubicar los recursos públicos a programas de educación de salud pública y convertirlos en políticas masivas para que alcancen a los sectores más pobres de la población (9).

La percepción de la enfermedad, genera la demanda por servicios de salud. No hay demanda porque no hay percepción, no porque no haya enfermedad entre los sectores más pobres. Lo que de alguna manera podría estar asociado a la necesidad de la población de considerar que la salud es para “producir mejor” o es para sentirse mejor (9).

Este estudio indicó que las políticas orientadas a responder a las demandas de la población, no son las más idóneas para asignar recursos públicos de manera eficiente. Mas bien, las políticas públicas que crean conciencia a la población de bajos recursos para cuidar su salud son las más apropiadas.

Al preguntar los motivos por los cuales los pobladores consideraban importante cuidar su salud se obtuvo respuestas tales como “porque una persona sana es productiva” (46%) o porque la vida es primero (19%) y se muestra en el gráfico 14.

GRAFICO NRO. 14
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: MOTIVOS PARA CUIDAR LA SALUD



Sobre el particular, un estudio referido a los motivos para acceder a los establecimientos de salud encontró que en el grupo de menores recursos sólo acudían a una consulta médica el 25% de las personas que se sintieron enfermas y el 49% de quienes estuvieron impedidos de trabajar debieron guardar cama durante más de dos días. En el caso del grupo de mayores ingresos, estos porcentajes se elevaban a 62% y 81% respectivamente (29).

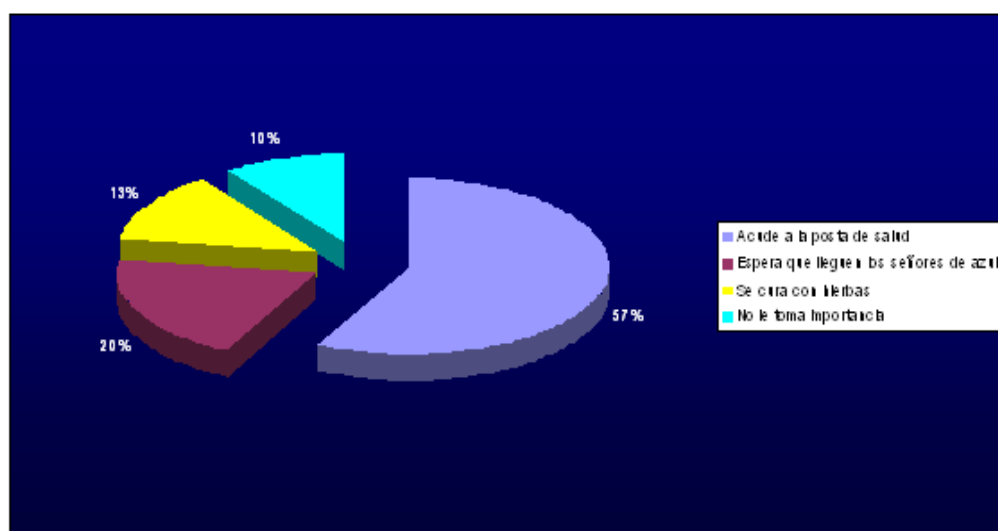
Debe destacarse que estas poblaciones no consideran como prioridad la salud, sino están abocados al desarrollo de sus actividades cotidianas como el trabajo en el campo o el cuidado de sus animales. Sin embargo, como parte de la corresponsabilidad de la población respecto al cuidado de la salud individual y colectiva, se pretende que adquiera la capacidad de considerar a la salud como una de sus prioridades; suponiendo incorporar la salud al conjunto de sus preocupaciones, ver la salud como un componente básico para el desarrollo individual, familiar y social (30).

A partir de ello, se debe buscar motivarla, a aprender y participar activamente en el autocuidado de su salud, ejercitar su capacidad de identificar los posibles riesgos para su salud y las formas de prevenirlos, proponiéndose formas de

vida adecuadas a las características locales que permitan preservar la salud (30).

Las personas entrevistadas al ser preguntadas sobre qué hacen cuando están enfermos, el gráfico 15 nos muestra que el 57% manifestó que va a la posta de salud, el 20% espera que lleguen los señores de azul, que es como reconocen a los integrantes de los ELITES.

GRAFICO NRO 15
SAN MARTIN – HUANCAVELICA: QUE HACEN CUANDO ESTAN ENFERMOS



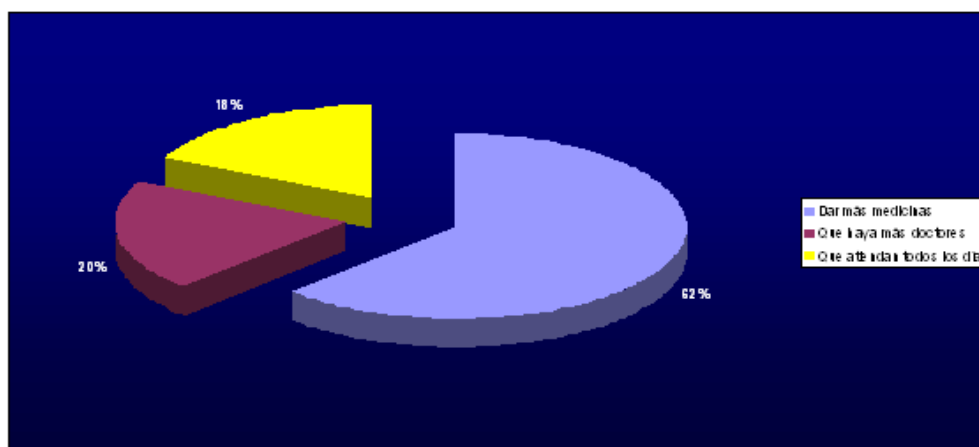
La población para resolver sus problemas de salud, acuden a la farmacia, los parientes o amigos y al autocuidado, lo que fue ratificado en un estudio sobre equidad que encontró que el 57% de pobres extremos recibieron una atención médica y el 47% de los pobres críticos recurrieron al autocuidado (29). Del total de personas que acudieron a las farmacias el 63% correspondió a personas de hogares pobres, mientras del total que acudieron a clínicas privadas el 40% fueron individuos de hogares pobres. Respecto a los enfermos que buscaron atención de un médico el 54% eran no pobres y sólo el 17% provenían del grupo de pobres extremos (29)

En cuanto a la experiencia, el 48% de los pobres extremos que recurrieron a una consulta institucional sostuvieron que no se curaron; el porcentaje de los

que afirman lo mismo desciende a 18% y a 28% en el caso de los pobres no extremos y los no pobres, respectivamente (29)

Se preguntó a los usuarios qué sugerencias podrían dar para mejorar el servicio, en el gráfico 16 observamos que el 62% respondió dar mas medicinas y el 20% que hayan más doctores.

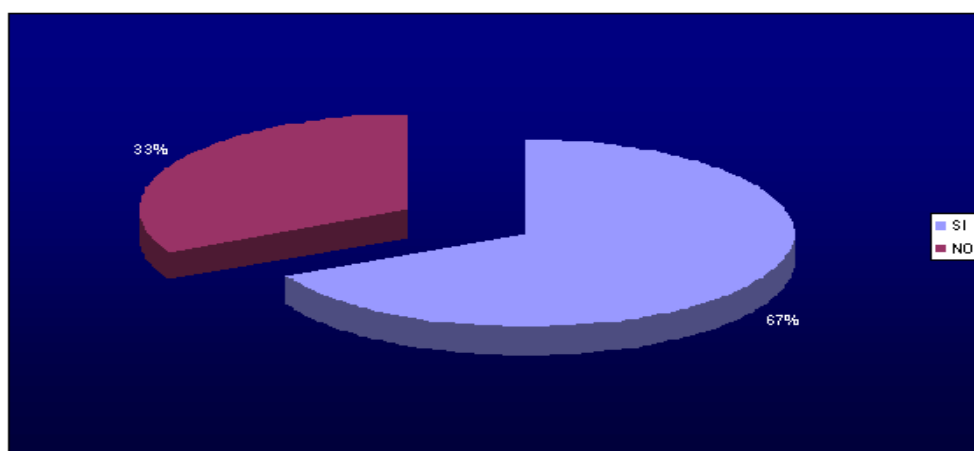
GRAFICO NRO. 16
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA
ATENCION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



4.4.4 Percepción de los ELITES

Al indagar a los usuarios de los servicios de salud si sabían que los equipos itinerantes llegaban a atender a sus comunidades, el gráfico 17 muestra que el 67% respondió positivamente y sólo el 33% indicó que no; este resultado nos indica que algunas personas que son atendidas por el establecimiento de salud saben de la presencia de los equipos itinerantes.

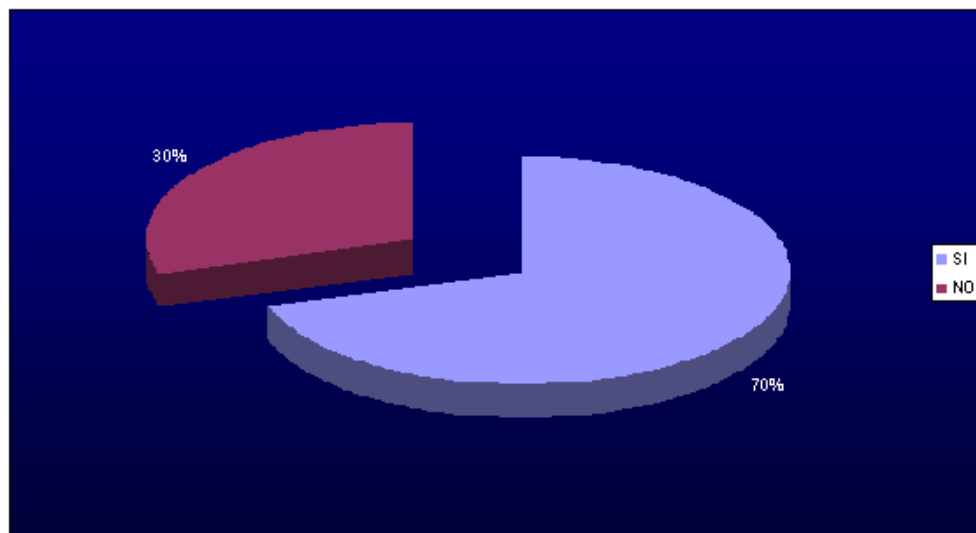
GRAFICO NRO. 17
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: SABE SI LOS ELITES LLEGAN A SU
COMUNIDAD



Este resultado se corrobora al preguntar si habían sido atendidos por los equipos itinerantes encontrando en el gráfico 18 que el 70% respondió afirmativamente sobre un 30% que indicó que no habían sido atendidos por los ELITES; esto indica que si bien algunos usuarios acuden a un establecimiento de salud podría estar ocurriendo que los ELITES al pasar por algunas comunidades tengan que atender a parte de la población.

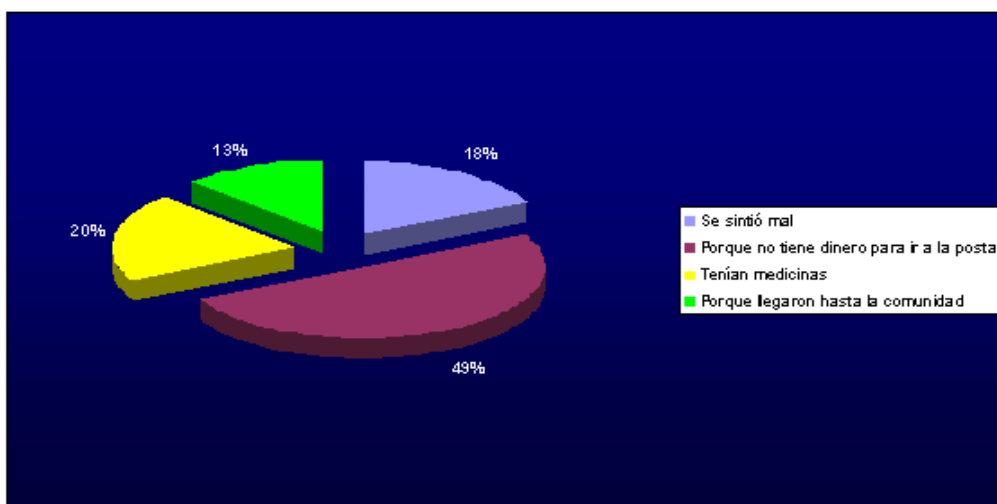
GRAFICO NRO. 18

SAN MARTIN – HUANCAVELICA: HA SIDO ATENDIDO POR LOS ELITES



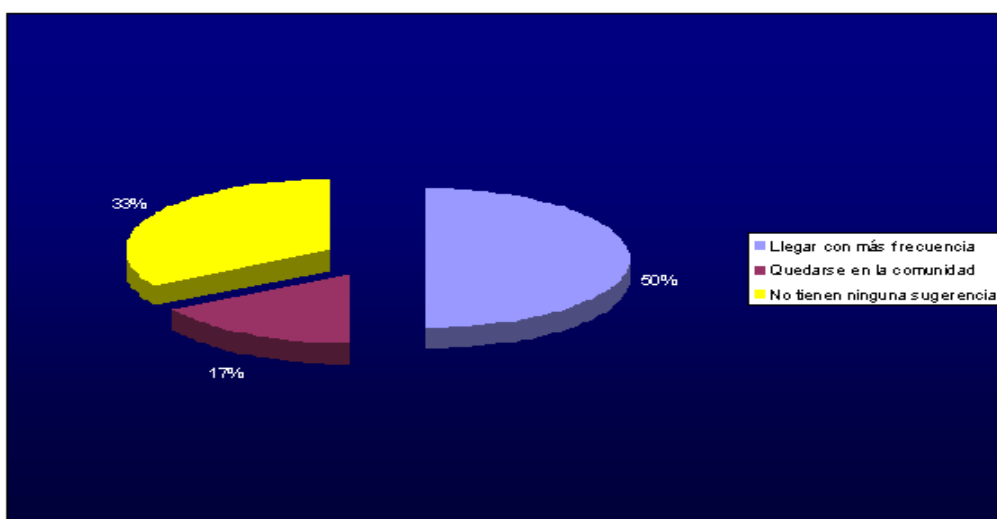
El gráfico 19 nos muestra que la población manifestó que acudió a los ELITES porque no tenían dinero para ir a la posta (49%), además de recibir medicinas gratis (20%). Para los entrevistados no hay mayor significado el hecho que los ELITES lleguen hasta su comunidad encontrando que sólo el 13% consideró que era el motivo para acudir a este servicio.

GRAFICO NRO. 19
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: POR QUE SE HIZO ATENDER POR LOS ELITES



Finalmente, sobre las sugerencias para mejorar la atención de los ELITES, el gráfico 10 muestra que los entrevistados manifestaron en un 50% que deberían llegar con más frecuencia y a diferencia de lo obtenido de los establecimientos de salud el 33% indicó que no tienen ninguna sugerencia para mejorar la atención.

GRAFICO NRO. 20
SAN MARTIN – HUANCAMELICA: SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ATENCION DE LOS ELITES



No siempre la concepción de salud que esperamos de la población, consideramos a nuestro criterio como la correcta o la adecuada. Para los grandes hacedores de los lineamientos de política del sector, la salud es la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma que interactúan determinan finalmente el estado de salud, la cual es susceptible de medirse. Se entiende que si alguno de estos factores alcanza niveles adecuados, la salud tendrá valores favorables y viceversa (9).

Además de analizar las desigualdades en la situación de salud de la población con menos recursos, el estudio midió las desigualdades e inequidades en el acceso de la población a la salud, los patrones en el financiamiento de los sistemas nacionales de salud y el impacto distributivo del gasto público en salud (9).

Las respuestas obtenidas indican que hay una mayor apertura para ser atendidos por ELITES, debido al desplazamiento de los equipos hacia las comunidades para brindar atención de salud, para formar promotores de salud e inclusive el pedido de atender a todas las comunidades. La población valora el hecho que personas ajenas a su realidad se preocupen por su estado de salud.

Determinados servicios de salud pueden ser juzgados equitativos y sin embargo, brindan desigual acceso a los servicios de salud. Los grupos con mayores probabilidades de enfermar deberían tener mayor acceso a los servicios de salud.

El grado de satisfacción del usuario, con relación a la solución del problema presentado, constituye un indicador de la experiencia de la población respecto de los cuidados brindados por el establecimiento. De acuerdo a la literatura revisada y la propia experiencia, la percepción sobre estos cuidados influye en la decisión de retornar o no al mismo establecimiento.

Las variables analizadas, han permitido evaluar el grado de acceso de la población hacia los ELITES y establecimientos de salud, pero estos no constituyen los únicos factores que han influenciado en el uso o no de los servicios.

Hay otros factores de tipo estructural, como el definido por la Oficina General de Epidemiología, destacando así los problemas de inequidad e ineficiencia; lo que se ha evidenciado en situaciones tales como la existencia de zonas del país predominantemente urbanas con mejores niveles socio económicos, donde hay alta concentración de recursos (establecimientos de salud, equipamiento, profesionales, insumos y materiales), lo que ocasiona muchas veces un bajo rendimiento, en tanto, hay zonas rurales, con altos niveles de pobreza, en donde no es accesible este tipo de recursos. Este panorama configura un doble marco de desigualdad, por un lado, la población pobre que tiene mayor riesgo de enfermar y morir tiene poco acceso a servicios de salud, y por otro lado, la población no pobre que teniendo menor riesgo de morbilidad tiene mayor acceso a la atención de salud (10).

La presencia de los ELITES constituye una estrategia que a mediano plazo estará contribuyendo con la disminución de la brecha de inequidades, garantizando una atención básica de salud en poblaciones que demandan mayor salud.

Esto rompería la barrera de tipo económica encontrado en estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística, los cuales encontró que alguna de las razones por las que la población no accede a los servicios de salud, es porque no tiene dinero, es decir, es pobre o pobre extremo y ello se observa en los modelos utilizados, pues siempre están interactuando dos o más NBI, como barreras al acceso. A este hallazgo, se suman otras variables estructurales que consisten en la falta de una oferta de servicios de salud (29); sobre este particular, podemos afirmar que existe una red de servicios de salud, orientada a satisfacer las necesidades de salud de la demanda, pero esta por razones geográficas mayormente, ha tenido sus limitaciones para llegar a poblaciones que en promedio residen por encima de 3 horas del establecimiento.

Respecto al tema de adecuación cultural de los servicios, este es un proceso que se viene incorporando en algunas redes de salud, que ha sido posible promoverla por la presencia de algunos proyectos del MINSA, orientados a mejorar la calidad de atención de la oferta de servicios de salud; con la presencia de los ELITES, se ha tratado que haya presencia del sector, pero sin trasgresión de los aspectos culturales de la población, sobre todo si consideramos que en los inicios de la estrategia, se estaba trabajando con poblaciones que esporádicamente o nunca, habían sido atendidos por un servicio de salud; sin embargo, existen datos de un alto porcentaje de la población (68%) de todas las áreas de residencia, regiones naturales, nivel de urbanización, sexo y nivel educativo que no acceden por razones culturales, pues indican que no nos tratan bien, no confían en las medicinas, o prefieren sus métodos caseros.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación permiten concluir lo siguiente:

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en la variable acceso económico demuestran que la modalidad de atención de la oferta móvil promueve el mayor acceso de la población al servicio de salud, con un adecuado proceso de adecuación y coordinación.

1. El incremento del acceso a los servicios de salud se da a partir del II trimestre, debido al inicio de las actividades extramurales y el cese de las lluvias en las zonas de sierra y selva.
2. El número de las atenciones son mayores en los ELITES, lo que podría atribuirse a la metodología de trabajo que consiste en el desplazamiento de los equipos a la población excluida y dispersa.

Sobre la variable acceso geográfico, los resultados demuestran que la población excluida y dispersa ha accedido en mayor número a los ELITES.

3. En San Martín, los establecimientos de salud han beneficiado a 29 centros poblados y 7.041 pobladores, mientras que los ELITES han beneficiado a 66 centros poblados y 12.228 pobladores.
4. En Huancavelica, los establecimientos de salud han beneficiado a un total de 23 centros poblados y 13.588 pobladores, mientras que los ELITES han llegado a 71 centros poblados y 16.636 pobladores.

En cuanto a la variable organización de los servicios de salud se concluye lo siguiente:

5. La oferta móvil es la estrategia creada para fortalecer y complementar las acciones recuperativas, preventivo promocionales, mejorar las coberturas de las salud materno infantil, odontológicas, entre otras e ir incorporando a poblaciones ubicadas en comunidades a más de 3 horas del último establecimiento de referencia.
6. La asignación de los recursos humanos en la oferta de servicios de salud está en función de la población asignada y tipo de establecimiento; los centros de salud cuentan con mayor número de recursos humanos por su capacidad de resolución, a diferencia de los puestos de salud que sólo cuentan con un técnico de enfermería.
7. Para el caso de los ELITES el personal seleccionado, requiere tener experiencia de trabajo extramural y buen estado físico, para cumplir con el trabajo itinerante.
8. Los aspectos organizativos puede considerarse como un factor determinante para que un usuario opte o no por acudir a un establecimiento de salud. En la medida que el centro asistencial cuente con personal que le resuelva los problemas de salud, respete los horarios de atención, cuente con los medicamentos a precios módicos, será posible mantener la demanda de atención.

Respecto al indicador de proceso, extensión e intensidad de uso se concluye lo siguiente:

9. Los resultados obtenidos están por debajo del promedio, pero se consideran adecuados por la complejidad geográfica, la dispersión poblacional y la lejanía de los establecimientos de salud para llegar con mayor frecuencia a los usuarios.
10. La intensidad de uso en San Martín es de 1.59 en los establecimientos de salud y 1.01 en los ELITES; mientras que en Huancavelica es de 1.04 en los establecimientos de salud y 1.34 en los ELITES; lo que

indica que los pobladores son vistos por la oferta de servicios de salud por lo menos 1 vez al año.

11. La extensión de uso al I semestre en San Martín está en 11.4%, mientras que los ELITES ha alcanzado el 25.61% cuyos resultados están por debajo del estándar que es un 30 a 40%.
12. La extensión de uso obtenida en los establecimientos de salud de Huancavelica se debe al inadecuado manejo de los registros de atención, lo que es considerado un problema común en zonas pobres que puede atribuirse a que el personal de salud no tiene posibilidades de capacitarse en registros de información y la importancia de su uso.

El indicador epidemiológico permite concluir lo siguiente:

13. La estrategia de la oferta móvil a través de los ELITES permite la construcción del perfil de morbilidad y mortalidad en poblaciones que durante años tuvieron silencio epidemiológico.
14. En Huancavelica la primera causa de morbilidad fue la rinofaringitis tanto en los establecimientos de salud (17.45%) y los ELITES (24.32%).
15. En San Martín la primera causa de morbilidad fueron las infecciones respiratorias superiores en los establecimientos de salud (17.75%) y en la parasitosis intestinal en los ELITES (17.70%).

Los resultados de la encuesta concluyen lo siguiente:

16. Las madres con niños menores de 5 años reconocieron en un 75% haber recibido educación sobre los beneficios de la vacuna y en un 80% que sus hijos recibieron la consulta de crecimiento y desarrollo.
17. El 100% de las madres entrevistadas consideraron que es importante recibir educación sobre el cuidado de la salud en los niños.

18. La población en San Martín considera que es importante el cuidado de la salud; en Huancavelica el 90% de la población que acude a los establecimientos de salud lo considera importante y de los que acuden a los ELITES el 70% no lo considera de esa magnitud.
19. Estos resultados podrían atribuirse a que en los establecimientos de salud de las zonas de selva el personal de salud realiza un número mayor de actividades masivas en salud, con énfasis en los aspectos preventivos promocionales, lo que induce en la población el significado del autocuidado.
20. En caso de enfermedades el 57% de los entrevistados manifestó que acude a la posta de salud y el 20% espera que lleguen los señores de azul, que es como reconocen a los ELITES.
21. El 62% de los entrevistados manifestó que se requiere dar más medicinas para mejorar la atención y el 20% que hayan más doctores, como respuestas de mayor relevancia.
22. El 67% de los usuarios reconoció el ingreso de los ELITES a sus comunidades y el 33% no, lo que indica que algunas personas que son atendidas por el establecimiento de salud identifican la presencia de los equipos itinerantes.
23. El 70% de los entrevistados respondió que había sido atendidos por los equipos itinerantes y el 30% contestó negativamente.
24. El mayor porcentaje de los entrevistados respondió en un 49% que acude a los ELITES porque no tenía dinero para ir al establecimiento de salud.
25. El 50% de los entrevistados respondió que los ELITES deben llegar con mayor frecuencia a la comunidad.

RECOMENDACIONES

De los resultados del estudio se sugiere que el Ministerio de Salud en cumplimiento de su rol rector y de Gobierno realice las siguientes acciones para continuar con la estrategia:

1. Formular la política, normatividad y asignar el financiamiento para continuar con la puesta en marcha de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas.
2. Inducir al nivel regional sobre la importancia de la estrategia de manera que la población excluida y dispersa sea incorporada progresivamente al sistema formal de salud a través de la oferta móvil de salud.
3. Elaborar los instrumentos orientados a la identificación de las comunidades nativas y centros poblados a ser beneficiados por los establecimientos de salud y los ELITES.

Al nivel regional le corresponde:

4. Reportar la información poblacional a las Oficinas de Estadística e Informática, para su incorporación en la base de datos regional.
5. Comprometerse a atender a las poblaciones excluidas y dispersas de su jurisdicción, debiendo adecuar las políticas y normatividad a su realidad local.
6. La entrega de los ELITES constituye la base para la obtención de los resultados, por lo tanto, es muy importante realizar una buena selección del personal, así como, desarrollar una buena capacitación y proceso de inducción antes de iniciar el trabajo, complementándolo con la dotación de equipos y materiales para la entrega del paquete básico de salud.
7. Constituir un equipo local de monitoreo y supervisión a los ELITES durante su intervención, de manera que garantice la entrega del paquete básico de la salud a la población objetivo.
8. La aplicación del modelo debe permitir la toma de decisiones mediante el monitoreo y seguimiento de las acciones emprendidas, con el fin de detectar desviaciones de forma inmediata y corregir deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Para ello deben establecerse mecanismos de control a nivel local e interactuar con las instituciones de atención a población abierta en corresponsabilidad con la comunidad y los niveles de gobierno.
9. Convocar a los principales actores sociales, asignando las responsabilidades para ejecutar acciones de seguimiento de las acciones dejadas por los ELITES, de manera que garantice la sostenibilidad de las acciones de autocuidado de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. En: el desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000. Lima, MINSA; 1995.
2. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio. Lima, MINSA; 2001.
3. Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida – ENNIV 2000. Instituto CUANTO.
4. Ministerio de Salud. Programa Salud Básica Para Todos. Memoria 1994 – 1997. Lima, Perú. 1998.
5. Oficina General de Epidemiología. Bases para el análisis de la situación de salud en el Perú. 1999.
6. Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 1999, INEI. Julio 2000.
7. Ministerio de Salud. Análisis de la demanda por servicios de salud. Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud”. Lima; 1997.
8. Organización Panamericana de la salud. La focalización de Programas de Salud y Nutrición para poblaciones pobres en América Latina. 1997.
9. Dávila, Miguel Madueño. Mayo del 2002. *Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1)*. Informe Técnico No. 012. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.
10. Aday L.A., Andersen R.A.: Framework for study of access to medical care. Health Serv Research 1974. Pág. 9.

11. Frenk Julio: El concepto y la medición de accesibilidad. En Salud Pública de México. Setiembre octubre de 1985. Página 443.
12. OPS-CEPAL: Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. En Cuaderno Técnico N° 46. 1997. Página 21.
13. Ministerio de Salud. Focalización del gasto público en salud. Primera edición. Lima; 1998.
14. Kart Emmanuel y Tasca Renato. Promover la equidad: un nuevo enfoque desde el sector salud. Página 35.
15. Adaptado a las características del estudio de G.E. Alan Dever: Epidemiología de la utilización de los servicios de salud. En Epidemiología y administración de servicios de salud. Capítulo 8. OPS/OMS, Ginebra, 1991
16. Revista Panamericana de salud pública. Vol. 8 N. 1-2, Washington Julio/Agosto 2000 "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones"
17. 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana 54ª. Sesión del Comité Regional Washington, D.C. EUA, 23-27 de setiembre de 2002. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo.
18. Organización Panamericana de la Salud. Extender la cobertura de salud a más de 200 millones de personas en la Región Washington, DC, 2 de enero de 2003.
19. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Comité Editorial: Daniel López-Acuña, Pedro Brito, Pedro Crocco, Alberto Infante, José María Marín y José Luis Zeballos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000
20. Ministerio de salud. Manual de intervención para zonas de alta dispersión poblacional. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión PAAG. MINSA. 2000
21. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature Soc. Scie. Med 1988; 27: 935-939

22. Ministerio de Salud. Lineamientos técnico referenciales para la medición de la calidad en el primer nivel de atención desde la demanda. Lima; 2000
23. FITZPATRICK R. Surveys of patient satisfaction. British Medical Journal 1991; 302: 887.-889. may J, Dorman M. What Patients like about their Medical Care and How often their are asked: A meta-analysis of satisfaction literature. Social Science and Medicine. 1988; 27: 935-940. Cerezo PL La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. Tele Work Spain. Berry LL, Bennet DR, Brown CV. Calidad del servicio. Ediciones Díaz de Santos S.A. 1989. 203 páginas.
24. Thomas. "Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total". Mc GrawHill, 1998.
25. Seclén Palacín JA, Benavides B, Jacobv E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención pre natal?; experiencias en hospitales del Perú. Rev. Panam. Salud Pública. 2004; 16 (3): 149-157
26. World Health Organization. Regional office for Europe. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS 1985. (Euro Report and Studies series: Nro. 94).
27. López Acuña D, Nicholas D. Los procesos de Reforma del Sector Salud y la Calidad de la Atención. Organización Panamericana de la Salud. 2000.
28. Petracci M. 1997. "Representación del Estado y evaluación de la calidad de los servicios públicos privatizados". Informe final del análisis de grupos focales.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. 2000
30. Ministerio de salud. Lineamientos y estrategias para la gestión local de la comunicación educativa. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Lima, 2000
31. Ministerio de Salud. Encuesta de salud y nutrición materno infantil. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima, 1998
32. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú. Lima, 2001.

ANEXOS

ENCUESTA

Entrevista al usuario:

Buenos días/tardes, mi nombre es Y vengo para conversar un momento con usted sobre la atención de salud que recibe, tal como lo hemos acordado con su promotor (teniente alcalde, APU) en días anteriores.

Lugar de residencia del poblador entrevistado

Centro poblado
Comunidad nativa
Anexo
Localidad
Caserío
Establecimiento de salud

Hora de la entrevista Fecha de la encuesta (dd/mm/aa) ____/____/____

Cargo de la persona a quien se le hace la entrevista

Promotor
 Ama de casa
 Agricultor
 Otro (especificar)

SECCION GENERAL

VARIABLE	RANGO	RESPUESTA
1) Miembros de familia	Números del 1 - 8	
2) Entrevistado	Madre = 1 Padre = 2	
3) Código del entrevistado	Anotar código consignado	
4) Qué edad tiene usted?	Anotar años	
5) Hasta qué año estudio?	Anotar el número de años de estudios: I) Primaria 1/2/3/4/5/6 II) Secundaria 1/2/3/4/5 III) Analfabeto Por ejemplo: I2	
6) Sin contar la cocina, cuántas habitaciones tiene su casa?	Anote el número total de cuartos	
7) Cuántas personas viven en su casa?	Anote el número total	
8) Cuántos hijos vivos tiene?		
9) Qué edades tienen sus hijos?	Anotar el número de mayor a menor	

SECCION SALUD

VARIABLE	RANGO	RESPUESTA
10) En caso de ser mujer	Está usted embarazada actualmente?	SI ____ NO ____ NO SABE NO ESTÁ SEGURA Si la respuesta es positiva pasar a la siguiente
	11) Se ha hecho usted el control del embarazo?	SI NO De ser positiva pase a la siguiente

	12) Dónde se ha hecho el control del embarazo? Nombre del establecimiento de salud _____ En algún otro lugar? _____ Especifique _____	Hospital MINSA ____ ELITES ____ ESSALUD ____ CS MINSA ____ PS MINSA ____ POSTA DE ESSALUD ____
	13) Por qué no se atendió?	No hay establecimiento ____ No tiene confianza en el servicio ____ La posta es muy fría ____ El establecimiento está muy lejos ____ No le trataron bien ____ Sólo usan medicinas ____
14) Atención del niño	Su niño menor de 5 años fue vacunado? (si tiene varios niños menores de 5 años, se elegirá el último hijo)	SI ____ De ser afirmativa pase a la 15 NO ____ De ser negativa pase a la 17
	15) Dónde lo vacunaron?	ELITES ____ ESSALUD ____ CS MINSA ____ PS MINSA ____ POSTA DE ESSALUD ____
	16) Le explicaron para qué sirve la vacuna?	SI ____ NO ____ No recuerda ____
	17) Por qué no lo vacunaron?	No hay establecimiento ____ No tiene confianza en el servicio ____ La posta es muy fría ____ El establecimiento está muy lejos ____ No le trataron bien ____
	18) En los últimos 4 meses le hicieron a su niño un control de crecimiento y desarrollo?	SI ____ NO ____ No recuerda ____
VARIABLE	RANGO	RESPUESTA
	19) Dónde le controló el crecimiento y desarrollo a su hijo menor de 5 años?	ELITES ____ CS MINSA ____ PS MINSA ____ Posta ESSALUD ____
	20) Cree usted que el crecimiento desarrollo es bueno para la salud de su niño?	SI ____ NO ____ ¿Por qué? _____ _____
	21) Ha tenido fiebre durante los últimos 4 meses?	SI ____ NO ____ No recuerda ____
Para 21 y 22	Buscó usted consejo o	SI ____

	tratamiento para la fiebre o para la tos?	NO ____
	Dónde buscó usted el tratamiento para la fiebre o tos?	ELITES ____ Hospital ESSALUD ____ CS MINSA ____ PS MINSA ____ Posta ESSALUD ____
	Por qué no acudió a un establecimiento de salud cuando estuvo enfermo con fiebre o tos?	No hay establecimiento de salud ____ No tiene confianza en el servicio ____ La posta es muy fría ____ El establecimiento está muy lejos ____ No le trataron bien en otras ocasiones ____ A otro niño le cayó mal el medicamento ____ No tenían medicamentos ____

PERCEPCON SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD

Usted considera que es necesario el cuidado de la salud?

SI ____ NO ____

Por qué?

Qué hace usted cuando está enfermo?

Si la respuesta es que no acude al establecimiento preguntar:

¿Por qué no acude a un establecimiento de salud?

¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención en el establecimiento de salud?

PERCEPCION SOBRE LOS ELITES

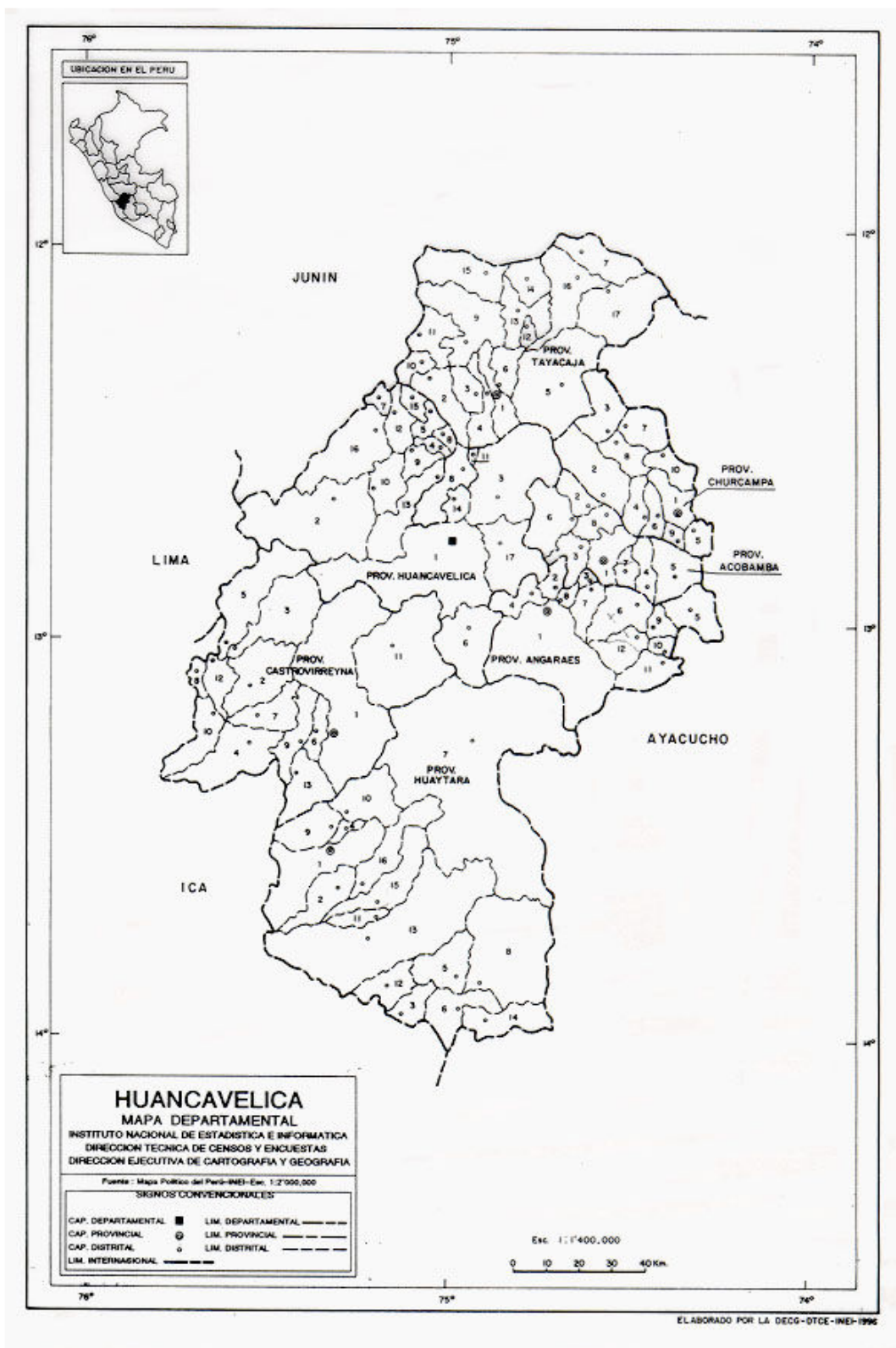
Sabe si su comunidad recibe la visita de los ELITES?

Usted ha sido atendido por los ELITES?

Cuáles son las razones por las que se hizo atender por los ELITES?

Qué sugerencias tiene para mejorar la atención de los ELITES?

MAPA DEL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA



MAPA DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN

